Letra S

NUEVA EPOCA
NUM. 3 / OCTUBRE 1996

Sida, solidaridad, salud, sexo seguro, sexoservicio, síntoma, semen, sexualidad, síndrome, saliva, solución, seropositivos, sobrevida, seroconversión , sarcoma, sanidad, secreción, sangre,

SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA


Brenton Heath-Kerr

Políticas de atención

EL sida es el principal problema de salud pública en nuestro país; es la causa infecciosa con mayor índice de ocupación hospitalaria. Pero también es el padecimiento que provoca mayores rechazos y temores. Y sin embargo, no contamos con un modelo específico de atención clínica que atenúe el sufrimiento y los efectos del aislamiento.

ANTONIO R. CABRAL
valora, de manera crítica, las funciones de la recién creada Comisión Nacional de Arbitraje Médico

3

JAIME SEPÚLVEDA, GUILLERMO SOBERÓN Y CARLOS DEL RÍO
elaboran un balance de las estrategias preventivas y de los costos de la epidemia del VIH en México

4

PATRICIA URIBE ZÚÑIGA,
nueva coordinadora de Conasida, habla en una entrevista, de la importancia de elaborar un Plan Nacional para combatir el sida

6

PATRICIA VOLKOW
propone mejorar la atención médica con la creación de clínicas especializadas en VIH

13



ADEMAS

NOTIESE	2
CRONICA SERO	10
SERVICIOS	14/15

EDITORIAL

Las múltiples quejas y demandas por el deterioro de los servicios en los centros de salud pública, el desabasto de medicinas y material clínico, y la insuficiente infraestructura hospitalaria son síntomas de la crisis por la que atraviesa el Sistema Nacional de Salud. La demanda de servicios médicos rebasó, desde hace tiempo, la capacidad de las instituciones sanitarias.

No es sólo la escasez de recursos financieros la causa de esa quiebra. Estamos ante los límites de un modelo de atención centralizado que funcionó durante décadas, y lo que ahora se impone es la descentralización de los servicios y la optimización de los recursos.

Sin embargo, la política descentralizadora iniciada días atrás por el Secretario de Salud, no está exenta de riesgos. Uno de ellos, fundamental, es la posibilidad de la dispersión de las políticas de atención. En cuanto al sida, los efectos de esa dispersión agravarían la situación actual, debido a que aún se carece de un modelo de atención a seguir en todas las clínicas y hospitales del sector salud. Demandar el diseño de un modelo con esas características no es exigir privilegios, como denuncian algunos ideólogos del PAN; por el contrario, es proponer medidas prácticas para optimizar recursos, además de facilitar el ejercicio de un derecho.

Impulsar un modelo de atención para pacientes con VIH/sida no requiere de la inversión de muchos esfuerzos. No se partiría de cero, hay experiencias paradigmáticas, como la Clínica de Sida del Hospital Gabriel Mancera del IMSS, que deben emularse ●

NUMERO 3 / OCTUBRE 1996

Letra S
SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

Directora General: Carmen Lira Saade
Director Fundador: Carlos Payán
Director: Alejandro Brito
Coordinador: Arturo Díaz
Consejo Técnico: Arturo Vázquez Barrón, Carlos Bonfil, Antonio Contreras, Aarón Rangel, Manuel Figueroa, Apolonio Gómez
Diseño: Cees van der Hulst
Formación: Marina Sánchez de Tagle
Publicidad: Moisés López Rodríguez
Consejo Editorial: Elena Poniatowska, Marta Lamas, Carlos Monsiváis, Ana Luisa Liguori, Marta de la Lama, Antonio Lazcano, Dra. Carmen Villarreal, Dr. Arnoldo Kraus, Dr. Samuel Ponce de León, Dra. Patricia Volkow, Joaquín Hurtado, Dra. Yolanda Pineda, Max Mejía, Sandra Peniche, Nancy Mayagoitia, Estela Guzmán.

LETRA S, sida, cultura y vida cotidiana, es una publicación mensual, editada por Demos, desarrollo de medios, S.A. de C.V. Balderas N°68, Col. Centro, C.P. 06050, México, D.F. Editor responsable: Alejandro Brito Lemus. Certificado de Licitud de Título N°9169, Certificado de Licitud de Contenido N°6418, Reserva al Título en Derechos de Autor N°3389/95. Distribuido en el D.F. por la Unión de Expendedores y Voceadores de los Periódicos de México, A.C., y en el interior de la república y el extranjero por Distribuidora de Medios, S.A. de C.V. Impreso en Imprenta de Medios, S.A. de C.V., Abraham González N° 81, Col. Juárez, México, D.F.
Tel./Fax: 728-2969
E-mail: letrassida@laneta.apc.org

NotieSe

Ecuador: sanciones a médicos irresponsables

La Procuraduría General de la República de Ecuador incluirá en su código penal sanciones más severas a los médicos y profesionistas de la salud que laboran de forma irresponsable, luego de que 20 enfermos renales fueron infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por supuesta negligencia médica. "No es posible —señaló la dependencia— que los muchos médicos ecuatorianos continúen escudando su ineficiencia con una ley que les otorga poca responsabilidad ante la sociedad". De acuerdo con una auditoría realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), más de 20 pacientes de la ciudad de Guayaquil fueron accidentalmente infectados con el virus por la violación de las normas de bioseguridad en el uso de instrumentos de hemodiálisis. Por el hecho, ocurrido a principios del mes pasado, fueron detenidos diez médicos y enfermeros. (**IPS**)

Uruguay: financiamiento para pacientes con sida

Autoridades sanitarias de Uruguay buscan mecanismo para recaudar fondos destinados a poner al alcance de unos 2,500 pacientes con VIH la nueva medicina "Triple Plan" —cuyo costo fluctúa entre 700 y 800 dólares por persona al mes y detiene al avance del sida—, debido a que los recursos con que cuenta son insuficientes y a los complejos mecanismos de control económico. Según fuentes de Salud Pública de ese país, existen trabas principalmente económicas, pero se están buscando fórmulas para solucionar el problema, como podría ser nuevos métodos de recaudación, sin descartar la solicitud de apoyo internacional. Las mismas fuentes señalaron que se deben encontrar los fondos necesarios para que el mecanismo pueda llegar a cualquier habitante del país. (**DPA**)



Frits de Ridder

Ungüento para prevenir herpes genital

Un grupo de investigadores informó el pasado 19 de septiembre que produjo un ungüento con base en la bilis humana capaz de prevenir el herpes genital, así como combatir la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual. El grupo agregó que el avance en el combate del herpes genital es parte de un esfuerzo para encontrar nuevos ungüentos o cremas microbicidas fáciles de usar para la protección contra las enfermedades propagadas por vía sexual, entre ellas el sida. El ácido cólico, producido en la vesícula biliar y que juega un papel en la digestión humana, suministra 80 por ciento de protección contra las infecciones de herpes genital. "En algún momento —concluyó el grupo de investigadores— tendremos una fórmula que prevendrá todas o la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual." (**Agencias**)

Células CD8 bajo el ataque del VIH

El virus que causa el sida infecta a más células de lo que se creía, y eso podría tener profundas consecuencias en los tratamientos, según investigadores británicos, quienes descubrieron que el virus también infecta a las células CD8, que se pensaba que eran inmunes. La creencía hasta ahora era que las células CD8 podrían ayudar a las personas a luchar contra el VIH. Los científicos creían que el VIH infectaba sólo a las células CD4, que son las que ayudan a otras células a atacar y expulsar a invasores como virus y bacterias. Sin embargo, Peter Simmonds, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Edinburgo, señaló que "si el VIH estuvo matando activamente a las células CD8, sería posible atribuir parte de la inmunodeficiencia en pacientes con sida a ese proceso". Lo que según palabras del virólogo británico, "alteraría enormemente la forma en que uno cree que el VIH causa el sida". El informe de los científicos de la Universidad de Edinburgo fue publicado en la revista *Lancet*. (**Reuter**)

Orientación psicológica y condones: armas eficaces de prevención

Acciones como los consejos psicológicos y el uso de condones son los más útiles para proteger de la infección por VIH a los compañeros heterosexuales de los pacientes con sida, de acuerdo con un estudio realizado entre 475 parejas haitianas en las que uno de los miembros vive con sida y el otro no. La investigación, efectuada por varios institutos de salud de Estados Unidos, arrojó que casi la mitad de los que estaban sexualmente activos y sin infección usaban condones y recibían asesoría psicológica; además, la tasa de nuevas infecciones por VIH entre las parejas que usaban condones regularmente fue de uno a siete en comparación con las que no los empleaban. (**Reuter**)

✉ a la letra

A las organizaciones no gubernamentales
A las personas que viven con VIH/sida

Comunicamos que Acción Humana por la Comunidad, A.C. declina participar en las iniciativa de creación del fideicomiso de inhibidores de proteasa porque no creemos adecuada esta estrategia para la escala que tiene el sida en nuestro país. Se ha manejado la meta de reunir fondos para que 100 personas reciban los inhibidores de proteasa durante un año. Hay que recordar que las estimaciones oficiales hablan de 150 mil personas que viven con VIH en México. La estrategia del fideicomiso no beneficiaría ni a una de cada mil personas.

Hay que reconocer el hecho de que el sida afecta cada vez más a los sectores más pobres de la población, por ello es que debemos conseguir beneficios para todos los afectados. Si se suministra inhibidores de proteasa a 100 personas verdaderamente pobres, ¿cómo se podría garantizarles la continuación del tratamiento al término del año?

No hay que olvidar que si el tratamiento se suspende se produce un severo deterioro en la salud de las personas y se crean resistencias biológicas que cancelan la posibilidad de volver a usarlos.

Es urgente llevar a cabo estrategias de acción pública para construir una fuerza social capaz de presionar al estado para que haga efectivo el derecho a la salud que tenemos todos los ciudadanos. Convocamos a organizaciones civiles y personas que viven con VIH a una reunión el 4 de octubre a las 17:00 hrs en las instalaciones de nuestra asociación (tel: 639-9165). (N. de la R.: Carta resumida.)

Atentamente
Por el Consejo Directivo
Rubén Pérez Silva

Favor de dirigir toda correspondencia al Apartado Postal N°570, C.P. 06002, México, D.F.

La relación médico-paciente origen de inconformidades

ANTONIO R. CABRAL

Además de aliviar el dolor, la medicina se encarga de prevenir las enfermedades y de restaurar la salud; para lograr esos objetivos, la ciencia médica ha diseñado métodos de diagnóstico y tratamiento que, en mayor o menor grado, desafortunadamente también tiene el potencial de lesionar a quien se supone deben beneficiar. Esos problemas son, con razón, difíciles de entender para el paciente. Ningún enfermo es igual a otro, su padecimiento no es la suma de sus síntomas sino el resultado de ciertas alteraciones biológicas casi siempre escondidas para el médico. En otras palabras, los galenos toman decisiones apoyados en datos inexactos y con alguna frecuencia equívocos. No debemos soslayar entonces que en medicina, como en cualquier otra actividad humana, los errores y los probables accidentes son parte de su cuota normal. Quizá esto explique, por lo menos en parte, la creciente insatisfacción de la sociedad frente a este aparente fracaso de uno de sus aliados tradicionales. Vaya como muestra el ejemplo que sigue: los asuntos médicos en general y particularmente los relacionados con negligencia médica, en los dos últimos años han ocupado el primer lugar entre las quejas recibidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH).

Ante estas circunstancias, no sorprende que el pasado 3 de junio el presidente Ernesto Zedillo haya publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto por el que crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CNAM). Un día después, el jefe del Ejecutivo nombró al doctor Héctor Fernández Varela como comisionado y presidente del Consejo de ese órgano y al resto de los consejeros: René Drucker Colín, Sergio García Ramírez, Santiago Genovés, Carlos Gual Castro, Manuel Martínez Domínguez, Adolfo Martínez Palomo, José Luis Soberanes y Federico Reyes Heroles. El consejo de la CNAM lo completan los presidentes en turno de la Academia Nacional de Medicina, el doctor Pelayo Vilar Puig y el de la Mexicana de Cirugía, el doctor Alfredo Vicencio Tovar. Para su labor, la CNAM tendrá una nómina de 280 especialistas y un presupuesto mensual de casi ¡medio millón de dólares!

La CNAM nace porque "en las actuales circunstancias resulta necesario que la población cuente con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad de los servicios médicos". El párrafo que sigue anota: "Para lograr tal objetivo, es pertinente contar con un órgano al cual puedan acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar, en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios." El artículo 4o., fracción IV, señala las causas particulares en las que la CNAM debe intervenir, "en amigable composición", para conciliar los conflictos entre las partes disgustadas: a) probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio, b) probables casos de negligencia con *consecuencias* sobre la salud del usuario (el subrayado es mío), y c) aquéllas que sean acordadas por el Consejo. Dicho de otro modo, el trabajo primordial de la CNAM será el de dirimir diferencias entre los prestadores de los servicios de salud (médicos) y los usuarios (pacientes), especialmente en casos de negligencia médica. El decreto, sin embargo, no define el concepto de *negligencia médica* y menos lo difícil que resulta llegar a ese veredicto; tal vez lo haga la propia CNAM en el Reglamento Interno que deberá publicar próximamente.

ROSTROS DESFIGURADOS



DISCRIMINACION



RECHAZO



ESTIGMATIZACION



INTOLERANCIA

CARETAS QUE IMPIDEN A LA GENTE CON VIH/SIDA MOSTRAR SU VERDADERO ROSTRO

Oleos de Francis Bacon

La CNAM es pues una demanda social ante la creciente impopularidad de la medicina. Tal vez esto se deba a que la sociedad espera que la ciencia médica exceda sus límites naturales y solucione drásticamente todas las enfermedades, o quizá porque la socialización de la medicina ha contribuido a promover médicos impersonales y, según lo anotado, frecuentemente erráticos. Lo que antaño fue el meollo del éxito y el mejor antídoto para las demandas judiciales, la relación médico-paciente, es ahora fuente de descontento: los enfermos deben aceptar, les guste o no, que los trate quien sea y el facultativo debe tratar a todos los dolientes asignados a su turno, independientemente de que, todos lo sabemos, la relación entre número y calidad sea inversa. Sería inocente pedir que este tipo de atención a destajo cultive relaciones humanas, duraderas, eficaces y estrechas; más bien las degradan, por más bienintencionado que sea el galeno y por más que su vocación esté bien acendrada. Sería igualmente ingenuo pensar que en esas condiciones los médicos tengan siempre agudo su intelecto y conserven sus destrezas constantemente filosas. Por ello, no se debería culpar a la medicina de lo que muchos equivocadamente han llamado "la crisis de la medicina moderna", ni por todos los casos de negligencia médica que recibió la CNDH, ni por lo que recibirá la reciente CNAM. De hecho, la manera como hoy se administran los servicios de salud, públicos y privados, no son más que simples instrumentos sociales y por ello un reflejo más o menos fiel de la sociedad en la que se insertan y que los condiciona. Hay que remitirse pues a los valores sociales y culturales que nos rigen. La sociedad civil, y su instrumento la CNAM, debe replantear entonces sus actitudes ante la gran demanda de servicios médicos y la forma como se otorgan; ante la formación de médicos al vapor; ante el crecimiento desproporcionado de escuelas de medicina; ante la escasez de recursos y frente a otros viejos males que padece nuestro sistema de salud. Sería demasiado simple endosar a los médicos esta responsabilidad. Ante este panorama, ya lo dijo Arnoldo Kraus, la CNAM es un mal necesario que también tendrá la ingrata tarea de emitir fallos en contra de sus pares; y por añadidura, los consejeros tendrán que hacerlo inmersos en los grandes desafíos éticos, sociales, filosóficos y tecnológicos de la medicina de fin de siglo y en una sociedad, sigo a Baudouin y Blandeau, en donde los "derechos" han sustituido a los "deberes" ●

Médico.

Recomendación de la CNDH a Juan Ramón de la Fuente

El secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente, recibió su primera Recomendación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) relacionada con la deficiente atención médica a pacientes con sida en los centros de Salud Pública.

En un boletín de prensa de la CNDH, del 16 de septiembre, se informa que el señor Pedro O., campesino de 42 años, ingresó al Hospital General de Pachuca con diagnóstico de posible cuadro de síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida); de inmediato se le aisló en un cuarto del quinto piso, y pocos días después se suicidó arrojándose por la ventana. Este dramático hecho, registrado de manera alarmista por la prensa local, motivó la investigación de la CNDH. En la Recomendación 82/96 dicha Comisión concluye que Pedro O. "no recibió una atención médica adecuada" y detalla la serie de anomalías que padeció: los médicos que lo atendían decidieron darlo de alta sin contar con un diagnóstico preciso de su estado y cuando el enfermo presentaba niveles muy bajos de potasio en la sangre que podrían provocarle un paro cardiaco; a pesar de su desnutrición y pérdida de peso evidentes, al paciente no se le sometió a una dieta especial que mejorara su estado nutricional; tampoco se le proporcionó apoyo psicoterapéutico ni se le realizaron estudios sobre su estado mental; en las notas médicas del expediente se menciona reiteradamente la presunta homosexualidad o bisexualidad del paciente.

A esta serie de atropellos, con tintes homofóbicos, se suma la exposición pública de los datos del expediente del paciente, lo que constituye, de acuerdo con la CNDH, la violación a la confidencialidad de la información.

Por todo lo anterior, la CNDH envió la primera Recomendación dirigida a De la Fuente para que en todos los hospitales del Sector Salud la atención de pacientes con VIH/sida se apegue a lo establecido en la *Norma Oficial Mexicana* (aprobada en enero de 1995), sobre la prevención y el control del VIH. Además, la CNDH recomienda que se impartan cursos de capacitación al personal médico de los centros de salud de Hidalgo; que la indagación de la conducta sexual de los pacientes sólo debe hacerse en relación con las prácticas de riesgo; apoyo psicoterapéutico a todo paciente con VIH; y que se realice una investigación para determinar responsabilidades en el caso de Pedro O. Por último, recomienda que se investigue la probable violación del secreto profesional a cargo del doctor Oscar Vargas Cabrera, subdirector médico del Hospital General de Hidalgo, quien aparece en *El Sol de Hidalgo* (diciembre 8 de 1995) mostrando el expediente del enfermo a la prensa, y si procede que se apliquen las sanciones correspondientes.

Finalmente, la CNDH informó que se reserva el derecho de continuar por separado la investigación de las causas del suicidio. (**A.B.**)



Guilles Murat

Jaime Sepúlveda Amor, Guillermo Soberón y Carlos del Río elaboran un balance de las estrategias preventivas y de los costos de la epidemia del VIH en México

El sida y el cuestionamiento de la salud pública





Adolfo Pérez Butrón

En la emisión del 23 de mayo del programa *Nexos* de televisión, conducido por Rolando Cordera, se tocó el tema del sida. En él participaron los doctores Guillermo Soberón Acevedo, ex secretario de Salud (1982-1988) que actualmente dirige la Fundación Mexicana para la Salud; Jaime Sepúlveda Amor, director de Epidemiología en el mismo periodo y fundador del Conasida, y actual director del Instituto Nacional de Salud Pública; y Carlos del Río Chiriboga, hasta agosto de este año coordinador del Conasida. Por tratarse de los responsables de las políticas para combatir la epidemia en sus primeros años (el caso de los primeros) y en los años más recientes (el caso del tercero), transcribimos parte de lo que allí se dijo.

Rolando Cordera (R.C.): El 19 de abril de 1996, en el simposio "El sida en México y en el mundo. Una visión integral", el secretario de Salud, doctor Juan Ramón de la Fuente, dijo: "Esta enfermedad ha pasado a convertirse en el principal problema de salud pública en México" (...) ¿Estamos a la altura de este principal problema de salud pública?

Jaime Sepúlveda Amor (J.S.A.): En efecto, es un enorme problema de salud pública y lo es por su impacto en el individuo, en la familia, en la sociedad y en la economía nacional. De ahí que se tengan que hacer todos los esfuerzos para actuar a tiempo y no cuando las personas están ya infectadas, en cuyo caso los recursos a nuestro alcance son muy limitados.

R.C.: Cuando hablamos de que es un problema para la economía nacional ¿qué queremos decir?, ¿que es muy costosa la labor preventiva, la labor de atención o que tiene otras implicaciones por sí misma —digamos—, por la manera como afecta a los individuos?

J.S.A.: Para la economía familiar el costo puede ser desastroso, porque son gastos por atención médica y adquisición de medicamentos extraordinariamente caros. De tal suerte que para un individuo, para una familia, significa una merma económica catastrófica. Y, por supuesto, para la economía nacional, significa que para las instituciones de seguridad social ésta es, sin duda, la causa infecciosa de mayor hospitalización y de mayor índice de días-cama.

De manera que —insisto— es un problema de gran repercusión económica, y que si el dinero que se invierte actualmente en el tratamiento de pacientes se hubiera invertido cabalmente a tiempo en campañas de prevención, seguramente otro gallo cantaría..

Guillermo Soberón (G.S.): Hay otra implicación importante desde el punto de vista económico: el hecho de que la enfermedad afecta de manera predominante a personas entre los 25 y los 40 años, la edad productiva; afecta directamente a las personas que —por así decirlo— están sacando a la sociedad adelante y en este sentido, también tiene un efecto devastador.

Carlos del Río (C.R.): Para darnos una idea, entre 1983 y 1992, los primeros diez años de la epidemia, fallecieron en este país a consecuencia del sida poco más de 8 mil personas. Esas 8 mil personas tuvieron un costo potencial de años de vida productiva equivalente, si se sumaran todos, a lo que fue la población económicamente activa del estado de Aguascalientes en el año de 1990. Esa suma de años productivos perdidos, hace que el costo indirecto de la epidemia supere por mucho el costo directo, y provoca que en algunos países, industrias completas se queden sin mano de obra, por ejemplo en países de Africa, donde no existen hombres jóvenes que puedan recolectar las cosechas.

Eso hace que el sida tenga una característica muy distinta del resto de los problemas de salud a los que nos hemos enfrentado a lo largo de la historia. (...) Estamos al principio de la epidemia, y ese es un componente que la gente tiene que entender: lo peor del sida no ha llegado, está por venir.

R.C.: ¿Qué podemos decir para sustanciar la idea de que ésto es prevenible a través de la educación? ¿Ya con eso?, ¿ése es el paso fundamental?

J.S.A.: La educación es un elemento necesario, más no suficiente, y en esto hemos tenido que aprender mucho. Desde que se descubrió el primer caso en 1981, hasta 1985, que se descubrieron ya maneras para identificar la presencia del virus en la sangre, todo el enfoque fue muy medicalizado, y se trató de encontrar una vacuna y drogas que curaran la enfermedad y se pensó que eso se lograría en un transcurso mucho más rápido de lo que verdaderamente ha sido. Fue por los años 1986 y 1987 que se dio la primera gran decepción de que esa vacuna que se había anunciado tanto no llegaba, y entonces, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se decidió recurrir a tecnología social como el recurso terapéutico más efectivo.

Para las instituciones de seguridad social el sida es, sin duda, la causa infecciosa de mayor hospitalización y de mayor índice de días-cama

Desde entonces, se ha aprendido muchísimo y lo que ahora se enfatiza es que el sida es una enfermedad perfectamente prevenible teniendo buena información, pero incorporando esta información en actitudes y prácticas constantes.

C.R.: La información debe dar paso a la educación, y ésta, a la modificación del comportamiento. Pero, ¿qué necesitamos para que la gente ya educada, ya informada, modifique su conducta? Es uno de los aspectos que más trabajo nos ha costado entender.

Necesitamos crear un ambiente propicio para que esta información se disemine: en la familia, en la escuela, en la iglesia, en el trabajo; es decir, tiene que ir mucho más allá de una campaña por televisión; lo que hace esa campaña es crear ese ambiente, que será el inicio de un cambio que posteriormente se traducirá en una modificación del comportamiento.

Pero un aspecto, quizá el que menos entendemos de la diseminación de esta epidemia, es el de la vulnerabilidad social; es decir, las personas que se están infectando son aquellas vulnerables. ¿Quiénes son éstas? Las rechazadas, las marginadas, los desinformados, los oprimidos, el migrante mexicano que acude por necesidades económicas a los Estados Unidos en busca de una mejor vida. Allá tiene relaciones sexuales de riesgo, por distintos motivos. Lo que lo pone en riesgo es la condición de vulnerabilidad que implica el ser migrante en un país donde se encuentra marginado, apartado, donde es un ilegal; eso es lo que lo pone en riesgo.

El sida nos da una oportunidad para replantear la manera en que la sociedad se ve a sí misma; es decir, cada vez que ocurre una infección, se trata de alguien, de un miembro de nuestra sociedad que por algún motivo no tuvo la información necesaria o bien, si la tuvo, no la pudo aplicar.

Ahí es donde está quizá el meollo más complicado de la epidemia. ¿Cómo le hacemos para mejorar esto?

R.C.: Doctor Soberón, ¿qué hacemos? ¿Cómo abordar este tema?

G.S.: Una de las lecciones aprendidas en los pocos años transcurridos desde que la enfermedad está con nosotros, es la gran repercusión social que tiene, y entonces, muchos de los enfoques deben ser precisamente de carácter social. Otra lección aprendida, es el tipo de campañas educativas que se hicieron.

En un principio teníamos la impresión de que lo que habría que hacer era asustar a la persona para que actuara en consecuencia, se cuidara, y se ha visto que este no es el camino. Y entonces, respecto a aquellas primeras campañas y mensajes, hemos aprendido que son otras las formas y otros los mensajes que hay que dar.

Yo creo que en esto hay lecciones muy claras que debiéramos recoger y seguir.

R.C.: Lecciones muy claras que son conclusiones de las que podemos partir para nuevas cuestiones en torno al sida.

J.S.: Hay que partir de reconocer que ésta es una sociedad plural, que hay muchos abordajes y puntos de vista sobre el problema, y que hay que dar respuestas distintas a las distintas actitudes. Para quien la abstinencia sexual resulte la mejor forma de prevenir, pues ésa indudablemente es la más segura de todas las opciones. Para quien tenga una relación mutuamente monógama, pues qué felicidad y ya no hay problema. Pero la realidad es que en todas las encuestas de sexualidad que hemos llevado a cabo a lo largo del tiempo, una proporción importante de los adultos en nuestro país tiene relaciones con distintas personas y no tiene una pareja estable. De manera que hay que ofrecer la gama de opciones, y no me asusta que convivan mensajes de fidelidad con mensajes de condón.

R.C.: ¿Cómo abordar estratégicamente el tema y cómo convencer a los políticos y a la sociedad de que esto tiene que hacerse, porque sus resultados se pueden demostrar pero tardan en expresarse?

C.R.: Se puede hacer de varias maneras, y una de ellas es mostrando resultados concretos; ejemplos de que cuando se ha actuado se ha podido lograr algo.

El control de la epidemia del sida por sangre es un ejemplo muy claro de que la decisión política unida a una modificación de la ley y a un esfuerzo económico a nivel nacional, logró al cabo de muchos años, hacer que los casos de sida por transfusión sanguínea disminuyeran.

La modificación ocurrió en 1986 y se empezó a notar una disminución en los casos de sida transfusionales a partir del segundo semestre de 1991; es decir, estamos hablando de cuatro o cinco años que transcurrieron entre que se tomó una decisión política difícil y que se notó su impacto, y ya había una nueva administración que se vio beneficiada por esto.

¿Eso a qué nos lleva? Eso nos lleva a pensar que si hoy se invierten muchos millones en educación, notaremos una disminución del número de casos de sida al cabo de muchos años.

Por tanto, requerimos que la sociedad entienda que éste no es un problema agudo, sino crónico y de larga duración.

G.S.: Lo que se hizo entonces fue ir a los bancos de sangre para ver cómo estaban los donadores remunerados, porque la tercera parte de la sangre que se transfundía en México venía de donadores de tipo comercial. Y las cifras fueron aterradoras. Había un centro en ciudad Nezahualcóyotl donde cerca del 10 por ciento estaban infectados. Entonces, ahí teníamos una bomba tremenda. Y por eso fue que se tomó esta decisión; porque hubo que enfrentar muchas presiones, incluso de tipo económico, de intereses que se afectaron. Y hay que ver el esfuerzo que se hizo entonces y que ha costado mucho dinero, realmente ha ahorrado mucho dinero en costo de vidas.

R.C.: Estamos frente a una muestra de que leyes, instituciones, decisiones pueden crear las condiciones para avanzar. Pero ya estamos aquí, en 1996, ¿qué es lo que se abre?

J.S.A.: La cuestión es que el número de casos es muy grande y este problema seguirá existiendo en los años venideros. De ahí que mi preocupación sea que se piense que ya se hizo todo lo que se tenía que hacer, y al contrario, es el momento de reforzar acciones para que el sida no llegue a adquirir las proporciones dramáticas que ha tenido en otros países.

Estamos todavía a tiempo. En México, por fortuna, la campaña que se logró hacer con mujeres que se dedican al comercio del sexo hace que, a lo largo de todos estos años, la seroprevalencia de positivas en este grupo se haya mantenido baja y constante, 1 o 2 por ciento.

Entonces, el secreto es actuar decidida y temprana, pero permanentemente, porque si se baja la guardia puede llegar a tenerse un problema de grandes proporciones.

R.C.: Me gustaría que terminásemos así. ¿Hay novedades terapéuticas?

C.R.: Sí hay novedades, y muy alentadoras: la revelación de una serie de estudios con medicamentos distintos a los que tenemos hasta ahora, medicamentos que inhiben una partícula muy específica, que se llama la proteasa del virus. Los inhibidores de proteasa —de los cuales tres ya están autorizados en los Estados Unidos, uno ya está autorizado en México y otros dos están próximos a ser autorizados en nuestro país, se llaman Saquinavir, Indinavir y Ritonavir—, son medicamentos que disminuyen la cantidad de virus circulante de una manera impresionante. Para darte un ejemplo, el AZT (Zidovudina) logra disminuir de 5 a 8 por ciento la cantidad de virus circulante en la persona; los nuevos medicamentos logran una disminución de 95 a 99 por ciento en la cantidad de virus circulante. Se está hablando de medicamentos con un costo muy elevado, lo que nos plantea una serie de problemas éticos en las decisiones de asignación de recursos. ¿Qué va a hacer una institución como el Seguro Social, que ahorita gasta una cantidad x de dinero en antivirales, cuando, si decide comprar estos medicamentos, su costo de antivirales se va a multiplicar diez veces. Sin embargo, son medicamentos muy efectivos; presentan grandes esperanzas y grandes oportunidades, pero también nos presentan grandes retos, que es de lo que el sida está lleno, de nuevos retos ●

Versión editada de la transmisión del programa *Nexos* TV (23 de mayo de 1996).

JENARO VILLAMIL R.

Rechazo a seropositivos en el hospital 20 de Noviembre

Extensión 1238, Unidad de Medicina Interna en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Una secretaria contesta el teléfono.

—Señorita, tengo una urgencia quiero trasladar un amigo con síntomas de sida a este hospital.

—No, señor, no se puede. Aquí ya no se reciben pacientes con VIH.

—¿Desde cuándo?

—Desde hace dos años, cuando se remodeló el Hospital.

—¿Por qué, señorita, si aquí se encuentra la tecnología más avanzada?

—Ya no se puede. Tiene que atenderse en la Unidad Médica que le corresponde.

El 20 de Noviembre es el hospital de tercer nivel del sistema ISSSTE. Está catalogado como el mejor dentro del Instituto y cuenta con especialistas capaces de hacer trasplantes y atender cánceres en diversos órganos. Su capacidad sólo se compara con la del Centro Médico Siglo XXI del IMSS. Este centro de especialidades fue inaugurado el 16 de mayo de 1961 por el entonces presidente Adolfo López Mateos. El 31 de julio de 1994, tras una costosa remodelación, se reinauguró como "Centro Médico de alta especialidad".

De acuerdo con la placa de bronce, rubricada por todos los médicos y su director, el doctor Rolando Ocampo Le Royal, esta remodelación "sitúa al ISSSTE a la vanguardia de la medicina social, brindando a sus derechohabientes una atención con avanzada tecnología, servicio de excelencia y trato humanitario".

Los únicos excluidos de estos avances son los seropositivos ●

Periodista.



Brenton Heath-Kerr

Unificar políticas; descentralizar recursos

ENTREVISTA CON LA DOCTORA PATRICIA URIBE. DIRECTORA DEL CONASIDA

ALEJANDRO BRITO Y ARTURO DIAZ

> "Tenemos un convencimiento cada vez mayor de la importancia de establecer clínicas de consulta externa especializadas para las personas que viven con VIH/sida. Como la que existe en el Hospital Gabriel Mancera, donde al paciente se le da un trato mucho más rápido y oportuno"

El pasado 9 de septiembre, en conferencia de prensa, la coordinadora general del Conasida, Patricia Uribe Zúñiga, anunció la elaboración de un Programa nacional para combatir el sida que estará listo a finales de este año.

En entrevista con *LETRA S*, la recién nombrada coordinadora de ese organismo adelanta lo que deberá contemplar un programa de esa magnitud.

Ahí dijo, "delinearemos las políticas preventivas, de atención e investigación, es decir, las políticas con las cuales nos vamos a normar de aquí al año 2000".

¿Por qué la necesidad de un Programa nacional de sida?

Anteriormente, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) contaba con un Programa nacional que estuvo vigente hasta 1994 y posteriormente se establecieron Programas de actividades anuales del Consejo, pero no había un plan donde estuvieran explicitadas las políticas, los objetivos, las estrategias y líneas de acción. Presentaremos este documento antes de que termine el año, es uno de los primeros compromisos asumidos.

Paralelamente, se está formando un grupo técnico interinstitucional del Consejo. Consideramos importante formar este grupo con representación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y de todas las instancias involucradas con las decisiones y políticas nacionales para la prevención y control del sida.

Queremos establecer una coordinación mucho más fuerte, con mayor representación institucional, donde, si alguna decisión del programa nacional dice que tenemos que seguir determinada política, todas las instituciones ahí presentes estén totalmente de acuerdo y sea el resultado de un consenso.

A partir del Programa nacional será más fácil decir qué es lo que queremos descentralizar o promover en la descentralización, estableciendo políticas muy claras que se tienen que seguir en todos los estados.

Se van a descentralizar los recursos, pero no las políticas.

Las políticas se están estableciendo desde el nivel central. Cada estado podrá determinar las acciones que llevará a cabo, pero tendrá que ajustarse a las políticas nacionales establecidas. La descentralización es un proceso de la reforma del sector salud en el que se van a descentralizar recursos para que cada estado pueda llevar a acabo sus propios programas. Claro que existe un Prògrama Nacional de Salud donde están establecidas políticas muy claras, pero en sida aún no hay claridad para los Consejos Estatales de Prevención y Control del Sida (Coesida), sobre cuáles deben ser las políticas que deben seguirse en cada estado y es en lo que tenemos que trabajar de manera acelerada.

Además, este documento va a ser presentado a las organizaciones no gubernamentales (ONG), porque es importante escuchar sus opiniones e integrar sus comentarios antes de que se imprima y salga la versión final.

¿Para implementar este Programa nacional se necesitaría reforzar la capacidad de Conasida?

Creo que aquí lo importante es que exista voluntad política en cada estado para atender este problema, y con la instrucción clara a nivel central de que tienen que abordarlo. Hemos tenido el problema de que en algunos estados no se ha abordado el tema con la intensidad que quisiéramos, que no se han apoyado algunas acciones y estrategias. Debido, en parte, a la carencia de recursos. Y ¿qué es lo que ha pasado? Nos ha pasado con frecuencia que los Coesidas están aislados, no tienen una coordinación real con otras instancias del mismo Sector Salud que están trabajando áreas afines, como la Salud Repoductiva o el área de Epidemiología. Entonces, creemos que fomentando la coordinación a nivel central es más fácil que se dé la coordinación a nivel estatal.

¿El condón va a ser contemplado en el Plan nacional?

Un hecho que ha sido claro, y lo ha expresado el Secretario de Salud, es la promoción del condón como una alternativa de protección. Lo que si se va a ir poco a poco descentralizando y delegando es el abasto de condones; esta función, que se ha sentido como si fuera exclusiva del Consejo, va a cambiar, no podemos seguir manteniendo este abasto, Conasida es una institución fundamentalmente normativa y de asesoría. Lo que estamos tratando de hacer es que cada delegación, cada estado se comprometa a establecer dentro de su programa el apoyo en el abasto de condones. El condón es uno de los métodos de planificación familiar que más se recomienda a los jóvenes, es el método más recomendado en etapas tempranas del inicio de la vida sexual activa. Entonces si se promueve dentro del Programa de Planificación Familiar eso ayudará también en la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sida. En el Programa vendrán muy claramente expresadas las estrategias, las políticas de prevención sexual, y allí, obviamente, se tiene que incluir el condón.

¿Se han dado pasos concretos en la búsqueda de una salida al problema del acceso a los medicamentos?

En el próximo número del *Boletín SIDA/ETS*, hacemos una síntesis de las propuestas presentadas sobre ese tema en la XI Conferencia Internacional sobre Sida en Vancouver y a partir de eso vamos a trabajar.

Algunas industrias farmacéuticas están proponiendo reuniones, donde varios países latinoamericanos vamos a compartir experiencias. La primera va a ser en noviembre. Queremos llegar a un consenso a partir de nuestras realidades latinoamericanas para darle solución a ésto; determinar, por ejemplo, qué podrían hacer los gobiernos, y qué parte le corresponde a las industrias.

Hay cosas que se pueden hacer para disminuir los costos, como establecer alguna manera de cancelar o disminuir los impuestos arancelarios en la adquisición de medicamentos.

¿Conasida tiene recursos? ¿La Secretaría de Salud le ha dado suficientes recursos?

Claro que nos gustaría contar con mayores recursos, pero con esta crisis el camino es optimizar lo que ya se tiene, y coordinarse muy bien con otras instituciones. Por ejemplo, tenemos un convencimiento cada vez mayor de la importancia de establecer clínicas de consulta externa especializadas para las personas que viven con VIH/sida.

Estamos convencidos de que la persona afectada sí debe de ser internada como cualquier otro paciente, pero en el primer nivel de atención no conviene enviarlo a consulta general. A ese nivel deberían funcionar clínicas especializadas, como la que existe en el Hospital Gabriel Mancera, donde al paciente se le de un trato mucho más rápido y oportuno. Contrariamente a lo que pudiera pensarse, no se requiere de mucho presupuesto para abrir clínicas especializadas con personal especializado, en cada estado existe personal médico sensibilizado que quiere trabajar, que atiende bien a las personas infectadas o ya con sida y se trata simplemente de detectarlas y concentrarlas en un espacio físico. Esto es optimizar recursos.

Por otro lado, antes se internaba a todos los pacientes y se les mantenía mucho tiempo en hospitales, ahora la tendencia internacional es atenderlos a través de consultas externas especializadas, procurar que el paciente no tenga que internarse. Esto disminuye costos y además mejora la calidad de vida del enfermo, porque en los hospitales es donde están los microorganismos más resistentes a cualquier tipo de antibióticos.

Vamos a seguir luchando todo el tiempo para que se nos proporcione mayor presupuesto, porque mientras más recursos tienes, mayores acciones puedes hacer. Pero ahora me interesa mucho más que se destine presupuesto para cada programa estatal de sida, ya que varios estados no cuentan con ningún presupuesto de este tipo. Creo que ahora hay que darles muchos más recursos a los estados. Y bueno si aumentan los recursos para Conasida, bienvenidos ●

ARTURO VAZQUEZ BARRON

Políticas de atención y sida

En todos estos años de lucha contra el sida, una de las asignaturas pendientes que sigue sin resolver el gobierno, es sin duda la mala atención hospitalaria. A pesar de la firmeza con que se ha exigido —desde el inicio de la epidemia en México— que la atención a enfermos y portadores sanos mejore sustancialmente, las cosas están todavía muy lejos de poder considerarse adecuadas.

El problema de la atención hospitalaria no debe pensarse exclusivamente en términos de camas disponibles, de personal especializado y de medicamentos asequibles. Si bien es de primera importancia que las instituciones cuenten con personal bien preparado, que tengan espacios adecuados para los pacientes —externos o internos—, y que puedan ofrecer siempre los medicamentos necesarios, las cosas no son tan sencillas. De hecho, el asunto es mucho más complejo, pues hay aspectos éticos y de políticas de tratamiento a los pacientes que muchas veces no se toman en cuenta. En la concepción de una buena política de atención hospitalaria tendrían que intervenir, además de los aspectos mencionados, algunas otras consideraciones de primera importancia.

El apoyo psicológico

Toda institución está obligada a ofrecer a sus pacientes con VIH/sida una infraestructura que tome en cuenta los aspectos psicológicos del sufrimiento. Aunque la infección por VIH no implica un seguimiento psicológico —o psiquiátrico— sistemático en todos los pacientes, la eventualidad de que se necesite debe siempre tenerse en cuenta. Así, los pacientes infectados por el VIH deberían poder disponer, cuando lo deseen, de un servicio de apoyo psicológico altamente calificado. De ésto depende en gran medida que la estancia —ya sea larga o momentánea— del paciente en el centro hospitalario, sea agradable o catastrófica. La institución tendría que proporcionar un servicio de esta naturaleza a cualquier paciente que lo solicite, sin más requisito que la solicitud del mismo. El sida y el VIH producen estados anímicos imprevisibles, y el hospital no puede soslayar la responsabilidad de proporcionar a sus pacientes el apoyo que se requiere en los momentos en que alguien debe permanecer internado.

Por desgracia, este tipo de apoyo es prácticamente inexistente en los hospitales del país, y no es común que un paciente con VIH/sida que llega a internarse pueda sentirse reconfortado en su angustia por alguien que tenga la capacidad profesional de hacerlo.

El problema de los trámites

Hay pacientes seropositivos o enfermos de sida que, por diversas razones, deben enfrentar solos las incontables dificultades de orden administrativo y social requeridas para tener acceso a la ayuda social. Es necesario reconocer que estos trámites administrativos son la mayor parte del tiempo absurdamente prolongados y tediosos. Por lo mismo, tienen consecuencias muy negativas en alguien que no está en condiciones —ni física ni anímicamente— de "hacer colas" interminables o soportar el mal humor, por decir lo menos, de quien tiene en sus manos la posibilidad de facilitar las cosas. Pero cuidado, muchas veces no se trata solo de mal humor: en los casos de desprecio hacia los pacientes seropositivos o enfermos el asunto ya es más serio, y debe hacerse lo posible por erradicar en el personal encargado de la administración hospitalaria cualquier resto de homofobia o menosprecio hacia ellos. Ya que los profesionales de la salud también son responsables del control social de sus pacientes, es necesario que las instituciones faciliten los trámites administrativos, para evitar que se vuelvan un fardo para el paciente.



Archivo Casasola

El desgaste emocional

Para los profesionales de la salud, tener a su cargo enfermos de sida es una tarea difícil, que exige mucha resistencia física y moral. Esto se debe a que la carga emocional que implica la convivencia con ellos es muy fuerte, pues no es fácil hacer frente a la inevitabilidad de la muerte en pacientes a menudo jóvenes, con los que además suelen establecerse vínculos afectivos de importancia.

Estas situaciones han permitido identificar un fenómeno de agotamiento (*burn out*) de los profesionales que tienen a su cargo pacientes con VIH/sida, que incide directamente en la eficacia y la templanza que se requieren para seguir haciendo frente a la epidemia. Los efectos de este agotamiento, en los planos psicológico y ético, pueden ser muy graves, y la institución hospitalaria debe prevenir el fenómeno mediante un servicio de atención psicológica específico para los médicos y el personal de apoyo, que les ayude a comprender el agotamiento al que están expuestos. Este aspecto es fundamental para mejorar la atención hospitalaria, pues por lo general se piensa sobre todo en los pacientes, sin que se tome en cuenta el desgaste al que el sida expone también a quienes los tienen a su cargo ●

LILIA RUBIO

Paradigma de atención médica, respuesta activa de pacientes

El joven contador se acaba de enterar. Vive con sus padres y no les ha dicho nada. Teme que enfermen si saben que es portador del VIH.

Llega a un salón con gente charlando. Las preguntas le salen accidentadas. No sabe qué hacer. Hace cuatro noches que no duerme. Ya le dijo a su pareja y como que mejor prefirió hacerse que no creía. Entre los dos siempre han usado condón. Ya llevan tiempo juntos y no quiere que lo vaya a dejar.

El contador, de 32 años de edad, quiere cambiar de trabajo. La verdad es que quizá hasta lo corran. Como ha faltado, y perdido peso, el otro día alguien le preguntó si tenía sida. Tiene miedo de que lo destruya la angustia.

"Has venido al lugar correcto", le dice José Antonio Peón, activo promotor de un singular movimiento. "Aquí puedes hablar de lo que quieras. Los medicamentos te van a caer bien. Estamos para escucharte."

Peón no miente. En una amplia sala del capitalino Hospital Gabriel Mancera, hace seis meses que una treintena de seropositivos se reúne todos los martes por la tarde para exorcizar su ansiedad, para seguir dando la lucha en esta dolorosa y alucinante pesadilla de fin de milenio: vivir con la infección, vivir un día a la vez, vivir aunque me traten como muerto, vivir porque voy a vivir, vivir, vivir.

En la sesión de hace dos semanas, Doña Manuela casi no podía hablar. Se la pasó llorando. Tiene 65 años y su esposo la contagió. Ya le dijo a sus hijas y yernos. Ayer le celebraron su cumpleaños. Hasta mariachi le llevaron. Invitaron a toda la vencidad.

Josefina no es portadora del virus. Su hermano sí. Varios días a la semana, la mujer visita a lo enfermos y hasta chistes les cuenta.

Jesús es corpulento. Se parece a Pedro Infante. Seguramente lleva mucho tiempo levantando pesas. Hace tres años que lo diagnosticaron como seropositivo. La consternación parece haberse esfumado. Ahora sonríe y sonríe.

La lucha continua

Este grupo de autoapoyo, así como la incomparable Clínica de Sida que sus tesonudos protagonistas han desarrollado contra viento y marea en el Gabriel Mancera, bien podrían ser el modelo a seguir en México.

Aunque reciente, su gestación empezó hace cinco años, cuando decenas de portadores del virus se dieron a la tarea de educar a las autoridades del nosocomio, donde han llegado a atenderse unas 700 personas. Actualmente, son cerca de 350 hombres y mujeres más la población flotante, pues por medio del trabajo sin parangón que hacen los doctores Leopoldo Nieto Cisneros, Germán Luna Castaños y Sandra Treviño, se ha logrado un alto índice de sobrevivencia. Además, la cita es abierta y hay consulta a cualquier hora de la mañana. Los jueves a mediodía se abastecen medicamentos y se cambian recetas. Por otro lado, no hay límite en el número de camas para pacientes de sida.

Las cosas no han sido fáciles. Todos le han entrando parejo al trabajo. Hace meses, tuvieron que hacer un plantón en la explanada del moderno edificio, recientemente inaugurado

"Periódicamente tenemos reuniones con el Director para hablar sobre el abasto de medicamentos, los protocolos, las pruebas diagnósticas o de cuenta de linfocitos. También nos quejamos por la mala atención, las largas esperas y la homofobia que a veces hay en Urgencias", dice Peón. "No obstante, poco a poco hemos logrado que nos traten como lo que somos, seres humanos. Muchos habíamos caído en manos de gente que quería experimentar con nosotros. Somos afortunadísimos de contar con doctores verdaderamente iluminados".



Saúl Villa

"Hay pacientes que a ojos cerrados confían en lo que Nieto y los demás recomiendan", agrega Jesús. "Ellos han logrado levantar a gente que otros ya daban por desahuciada. Eso no sucede en ningún otro lado. Hace poco fui a la Clínica 27 a visitar a un amigo y ví cosas muy deprimentes. Los tratan como apestados."

"Tristemente, la atención que aquí recibimos es la excepción en nuestro país. Hemos podido hacer muchas cosas para que se respete nuestros derechos, para que entiendan que no nos están haciendo ninguna concesión. Sin embargo, todavía queda muchísimo por hacer y debemos estar vigilantes. Seguimos en lucha y nos mantenemos en pie", concluye Peón ●

Periodista.

En contraste con el optimismo que sucitan las nuevas terapias contra el VIH/sida, se agudiza la conciencia de las múltiples carencias del sistema hospitalario en México. En este reportaje, se hace un repaso a la calidad de los servicios en los principales centros de salud que atienden a personas con VIH/sida.

Entre puertas cerradas y puertas abiertas. La atención hospitalaria a debate

LILIA RUBIO



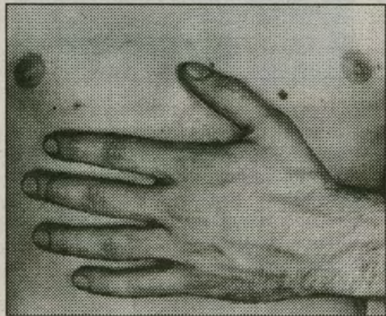
Duane Michals

Esta mañana, Adán quedó ciego. Nunca volverá a ver a sus nueve hijos. Quién sabe cómo y cuándo vaya a salir del hospital. Tiene sida y bien podría ser el principio del fin. La esposa de Adán murió hace poco. Se infectó en una operación. A sus cuarenta y tantos años, el hombre se siente condenado. Diligentes, las enfermeras hacen su trabajo. En la cama de al lado, un hombre enflaquecido y pálido parece estar dormido. Adán no lo ve. Sólo llora en la oscuridad. Tres visitantes lo tomamos de la mano.

Tocando puertas

El problema no es exclusivo de México. Es del mundo todo. El virus no tiene fronteras. Ataca a hombres, mujeres, ancianos y niños, independientemente de nacionalidades, preferencias sexuales y cuentas bancarias.

La responsabilidad es de todos. Es de la sociedad en su totalidad y también de los servicios públicos de salud, que en estos últimos quince años de conocer sobre el fatal virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), no han logrado colocarse a la par de la gravedad de la enfermedad, que sólo en México le ha quitado la vida a unas 24 mil personas y se calcula que entre 160 y 400 mil mexicanos viven infectados. El reto es monumental para todas las naciones. Si hasta los habitantes de los países industrializados se quejan de no contar con la atención médica requerida, ¿qué se puede decir de México que atraviesa por una crisis económica sin precedentes y donde el dinero decide entre la vida y la muerte? ¿Qué se puede esperar en un país donde la corrupción escurre como pus y poco clara se ve todavía la reestructuración en la Secretaría de Salud (Ssa), a la vez que aquí y acullá hay desabasto de medicamentos convencionales para enfermos de sida y que los nuevos fármacos son más sofisticados y efectivos, pero también tienen precios prohibitivos? Sólo el llamado cóctel, tan anunciado en la XI Conferencia Internacional sobre Sida de Vancouver, cuesta cerca de 6 mil pesos al mes. Se calcula que un paciente necesita 129 salarios mínimos para surtir la receta mensual de Retrovir/AZT, 3TC y Crixiván, clínicamente conocidos los dos primeros, como nucleósidos análogos inhibidores de transcriptasa reversa y el tercero como inhibidor de proteasa. ¿Qué decir si a tan sombrío panorama aunamos el hecho de que en una gran parte de hospitales y clínicas a los pacientes con VIH o sida se les trata como apartados, que deberían ser confinados en sidarios, a la usanza de lo que se hacía con los leprosos? Son muchas las preguntas y, aunque todavía pocas, en nuestro caminar hemos ido encontrado algunas respuestas sobre la atención hospitalaria sobre lo que debe y no debe existir.



George Plat Lynes

En este recuento no son todos los que están ni están todos los que son, debido a obvias limitaciones de espacio, pero también a lo que sólo podemos denominar como cerrazón.

Por ejemplo, después de largos días de múltiples llamadas telefónicas y envío de fax con explicaciones e incluso ruegos, el jefe de Información del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Oliverio Duque, nos informó que está estrictamente prohibido que concedan entrevistas los doctores y el personal de La Raza, a donde acude el mayor número de derechohabientes con el virus. No dio ninguna razón. Ante tal negación, nos preguntamos si atrás del hermetismo se esconde el temor. Sólo ellos lo sabrán.

A pesar de las puertas cerradas, muchas fueron también las que sí se abrieron para recibir a *LETRA S*. Enseguida, presentamos las voces de doctores, familiares, pacientes y personal hospitalario, determinados a no ser cómplices del silencio.

No les cayó el veinte

"Desde 1990, con el sida parece que dio la vuelta completa toda la práctica médica", comenta en su consultorio privado el doctor Aarón Rangel, que por las mañanas da consulta en el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida), al sur de la capital. "Es como si fuera un recipiente volteado con todo derramado, para quedar en un replanteo de cosas que antes considerábamos certidumbres."

Según Rangel, que tiene maestría en teoría psicoanalítica, la información que a mediados de los ochentas se comenzó a difundir entre la población, realmente no llegó a la comunidad médica sino hasta inicios de este decenio: "Llegaron los datos, pero no les cayó el veinte". Mientras que la medicina interna quiso plantear el asunto del VIH/sida como una nueva patología, los doctores, que aparentemente no tenían nada que ver con la epidemia, cerraron sus puertas a los "sidosos".

Sin afán alguno de justificar los malos tratos y la estigmatización contra pacientes, Rangel hace notar algo usualmente soslayado: "Esta enfermedad tiene un dolor físico y psíquico empalmados. Los doctores también somos seres humanos y presenciamos todo el proceso de deterioro del enfermo, llegamos a saturarnos psicológicamente. Nos agotamos y sentimos impotencia."

Según el médico, es allí donde el prestador de servicios de salud empieza a "hacer síntoma" y a abusar de su autoridad. Hay hospitales donde el maltrato es la constante para todos por parejo, embarazadas o gente con sida. Para tratar de no caer en eso "yo estoy en psicoanálisis hace años. Eso es lo que me sostiene."

Por otro lado, para el entrevistado, ofrecer el nuevo fármaco inhibidor de proteasa es un verdadero dilema ético. "Debido a su costo, a muchos pacientes les tengo que decir que sí hay, pero no para ellos."

¿Entonces, para quién?

Como se sabe, no había aparecido medicamento tan potente como éste, cuyos resultados en sólo unas tomas han sido espectaculares. Debido a que disminuye cerca de 99 por ciento la carga del virus, hay pacientes cuyo estado físico y anímico se ha transformado casi milagrosamente. Sin embargo, muchas son las familias que han tenido que vender el auto e hipotecar la casa para pagar unos 70 mil pesos anuales por la medicina, principalmente elaborada por el laboratorio Merck, que se ampara recordándole a países como el nuestro que vende el novedoso producto a precios más bajos que en el mundo desarrollado. Aún así, como alguien dijo, su pago deja a la clase media pobre y los pobres definitivamente se tienen que morir de neumonía. Por tanto, muchas son las demandas para que la Ssa negocie con la compañía estadunidense para llegar a un acuerdo que permita mayor acceso a los inhibidores, pues quien los empieza a tomar tiene que asegurarse poder continuar, porque al suspenderlos, el virus ataca con mayor agresividad. Menester es aclarar, por otra parte, que la inversión arriba mencionada no incluye medicamentos y exámenes adicionales para pacientes que usualmente quedan en el desempleo.

"La crisis ha afectado a toda la población", comenta el doctor Samuel Ponce de León, jefe de la División de Epidemiología Hospitalaria y de Control de Calidad de Atención Médica del prestigiado Instituto Nacional de la Nutrición, que pertenece a la Ssa. "Además, los institutos nacionales aumentaron sus tabuladores de cuotas de recuperación. Todos los medicamentos se cobran de acuerdo con la clasificación, pero una vez que un paciente está dado de alta tiene que surtir la receta afuera y está sujeto a los precios comerciales. Irremediablemente los proveedores siguen cobrando y si no pagamos dejan de surtir materiales y medicamentos."

Fue a finales de 1983 que esta institución empezó a trabajar con un número reducido de seropositivos y enfermos de sida. Desde entonces, el camino ha sido sinuoso, pero también repleto de logros. Al inicio, los médicos suponían que se trataba de tuberculosis hasta que finalmente le diagnosticaron sida al primer paciente. Pensaron que sería una enfermedad de pequeñas proporciones y así lo publicaron hace unos doce años. Pronto cayeron en la cuenta de que se habían equivocado. Fue entonces cuando el doctor Jaime Sepúlveda organizó un grupo de trabajo que constituye el antecedente inmediato del Conasida.

"Aquí en Nutrición, un grupo de especialistas creamos una clínica de sida", explica Ponce de León. El proyecto ha ido madurando y cuenta básicamente con pacientes que pueden ser partícipes en diversos estudios de investigación y protocolos, como por ejemplo, para prevenir la tuberculosis y la diarrea crónica.

Actualmente, Nutrición tiene unos 200 pacientes de VIH/sida en consulta externa y el servicio de hospitalización atiende a un promedio de seis a ocho, pues no hay capacidad para más, porque las cerca de 160 camas se distribuyen entre muchas otras enfermedades también complejas. Los enfermos se hospitalizan con base en su gravedad y en lo que el nosocomio pueda ofrecerles para mejorar su situación.

"De repente hay confusión y se piensa que el hospital también puede ser un asilo. Si ya no hay nada que podamos hacer, damos paliativos y se queda en su domicilio", dice el ex Director Ejecutivo de Conasida y quien por las tardes también atiende pacientes en su consultorio particular, pues "pensar que sólo nos podamos dedicar a la labor institucional es una utopía".

Optimismo

El doctor José Luis Estrada que en las mañanas trabaja en La Raza y por las tardes da consulta en Conasida, se siente optimista en este momento de transición con los nuevos medicamentos. "Si hubiesen aparecido hace cinco años, mucha gente estaría todavía entre nosotros. Cada vez nos acercamos más a erradicar el virus. Estamos en una etapa de mucho empuje", comenta. Sin embargo, aclara que después nos vamos a enfrentar con el problema de que el sistema inmune que se perdió no se recupere. "Tendremos a gente sin virus, pero amputado inmunológicamente."

Estrada es el encargado del protocolo de inhibidores de proteasa en Conasida, que incluye a 50 enfermos en etapa muy avanzada, con menos de 50 CD_4, cuya esperanza de vida es muy corta. La respuesta ha sido impresionante. "Es algo que no estábamos acostumbrados a ver. Les desaparecen muchos síntomas. De pronto se les quita la diarrea y la fatiga, suben de peso y quieren regresar a trabajar", explica quien lleva nueve años combatiendo al virus.

Por otro lado, opina que mientras que los países primermundistas pueden hacer la investigación original, no así las naciones pobres porque los laboratorios "lo toman a uno como probador de algún medicamento y uno le entra y lo prueba con los enfermos. Países como México siempre están en total desventaja."

No obstante, Estrada y sus colegas se mantienen permanentemente activos en colaboración con instituciones de Estados Unidos, Canadá y otros lugares: "La investigación tiene que adecuarse a las creencias. El estudioso mexicano es de calidad, pero necesita tener con qué investigar."

Muerte de una realidad

Con su decidida y decisiva labor, el doctor bajacaliforniano, Juan Carlos Díaz García se niega a dejar de creer en la utopía. De hecho, la de él es toda una realidad, aunque varios jerarcas del sector salud tijuanense estén haciendo todo lo posible por matarla. Este 30 de julio el Director del Centro de Salud N°1 y el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria del Centro N°2, ordenaron la suspensión de los servicios, que desde 1989 Díaz y su equipo ofrecían a seropositivos y enfermos de sida. Al mes daban unas 400 consultas y medicamentos gratuitos, servicios de laboratorio, rayos X, talleres para promotores de salud, consejería y apoyo psicológico en la clínica Comusida/Organización Sida Tijuana.

Aunque los expulsados han enviado y hecho públicas sus cartas al doctor Juan Ramón de la Fuente, secretario de Salud, el caso sigue sin resolverse y lo único que se les dice es que las autoridades continúan evaluando su trabajo.

"Aquí no hay nadie capacitado para evaluar", dice Díaz García. "Para hacerlo tendría que venir alguien de Conasida o del hospital en San Diego."

Le decimos que hemos escuchado que lo acusan de vender medicamentos y que estamos enterados de que en algunos estados y en la ciudad de México hay mercado negro de fármacos, cuyos envases y cajas traen el logotipo del IMSS. Se piensa que es el mismo personal que los roba para venderlos. "Sí, he oído todo eso y sé que hay quienes nos acusan, pero me dan risa sus acusaciones. No les adjudico ninguna importancia. Durante todo este tiempo, nosotros nos hemos hecho de medicinas por medio del contrabando hormiga, de donativos de Estados Unidos. Es así como pensamos continuar trabajando. Actualmente, seguimos recibiendo pacientes en consultorios privados."

Como hormiguitas

Si bien mucho es lo que deja por desear la atención médica pública y privada, hay quienes como hormiguitas ponen sus conocimientos al servicio de pacientes que viven con la infección.

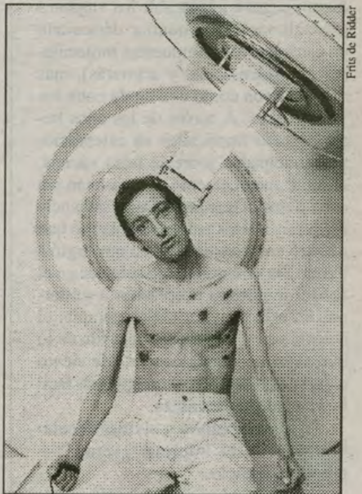
No se trata de elefantes blancos ni de presupuestos millonarios. Nada de eso. Se trata de proyectos no gubernamentales con tan modestos como bien organizados consultorios, como uno que se encuentra en la capitalina avenida Cuauhtémoc N°91, teléfono 585-7417. Allí, en la Asociación Mexicana de Servicios Asistenciales en VIH (AMSAVIH, I.A.P.), la doctora Claudia Granados y nueve personas más incluido el personal administrativo dan consulta y coordinan sesiones psicoterapéuticas para mujeres infectadas, usualmente entre 18 y 39 años de edad, con dos o tres hijos y el marido ya fallecido. "Es muy difícil, algunas sólo vienen una vez, porque tienen que trabajar y en muchas ocasiones sus familiares no sólo no las dejan asistir, sino que hasta las rechazan", dice Granados, egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

No hay camas

Y aunque las haya, en muchos hospitales se les niegan a los enfermos de sida. Nos cuenta un paciente que entre las respuestas más comunes que recibió en su búsqueda de atención clínica hubo algunas como que mejor se fuera al Hospital General, porque donde estaba no había cuartos aislados. "¿Quién lo mandó para acá y por qué no lo atienden allá?", son otras de las preguntas clásicas para negar el servicio.

Finalmente, una vez recibido, el cuestionario al que se le somete más bien es un interrogatorio de la Santa Inquisición, Provida y demás calamidades.

"Nosotros ni siquiera sabemos qué preguntan" dice una asistente escolar de la Clínica 29 del IMSS. "Hemos pedido capacitación, pero no nos han hecho caso. Sé de doctores que se niegan a hacer operaciones maxilo faciales a seropositivos, porque dicen que es muy difícil desinfectar el equipo. Además, la verdad de las cosas es que aquí lo único que a todo mundo parece preocuparles son las recetas, que seguramente llegarán muy pronto."



Frits de Ridder

Es precisamente por este tipo de circunstancias que hace unas semanas la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) hizo una recomendación a la Ssa, a fin de que el titular gire instrucciones a todos los nosocomios para que se dé atención de acuerdo con las normas, se capacite al personal, no se interrogue al paciente sobre su preferencia sexual, se brinde apoyo psicológico, y se investigue la negligencia y violación del derecho a la confidencialidad.

La medida sin precedentes se debió a una tragedia. Hace un año, un probable portador del virus decidió quitarse la vida lanzándose del quinto piso de un hospital hidalguense. "Sidoso se suicidó", dijo un periódico al día siguiente ●

Periodista.

TIRO AL BLANCO

¿La solución final?

"Durante seis horas seguidas, seis cadenas francesas de televisión dedicaron sus esfuerzos simultáneos a conseguir simpatías y recursos para el combate contra el sida. A lo largo del gigantesco programa, no faltó quien propusiera que, si un extranjero es descubierto sin documentos en Francia, pero padece de aquel mal, no debe ser expulsado del país. El asunto llamó la atención del destacado editorialista galo Jean-François Revel, quien dedicó al tema una interesante reflexión en las páginas de *Le Point*.

Señala Revel que el sida no es el único mal que acosa a la humanidad; ni siquiera el que mayor número de muertes produce. Estadística en mano, muestra que el cáncer de próstata ha matado, en un solo año, a más personas que el sida en diecisiete. Y las enfermedades cardiovasculares acaban con más franceses por año que todos los cánceres juntos. En los países pobres, agrega, la malaria es decenas de veces más letal que el sida.

¿Por qué entonces, se pregunta Revel, la magnificación de ese mal hasta convertir la lucha en su contra en la síntesis de los combates por los derechos humanos?

El escritor cita el libro *Le rose et le noir* recientemente publicado por Seuil, debido a la pluma de Frédéric Martel, en el que el autor muestra cómo los movimientos homosexuales de liberación, que avanzaban políticamente en la conquista de igualdad de trato para sus miembros, se toparon un día con el sida y ubicaron en esta enfermedad una especie de conspiración en su contra. ¿Por qué los enfermos del llamado mal del siglo gozarían de privilegios que no se conceden a los asmáticos, a los diabéticos, a los cancerosos? Ninguno de estos últimos ha hecho de su enfermedad una conjura mundial discriminatoria y sí, en el caso, han aceptado las medidas que buscan evitar contagios.

Con Martel, Jean-François Revel lanza un grito de alerta evocando a Montesquieu: «El derecho a la diferencia puede rápidamente conducir a la diferencia de derechos...» lo que sería la negación misma de la democracia." (*Ya no se sabe si el PAN es homófobo o la homofobia es panista*) ●

Carlos Castillo Peraza.
Nexos, Núm. 224, agosto, 1996.

Crónica Sero

JOAQUIN HURTADO

La autopista se pierde entre la bruma de la mañana esteparia. El Jetta rueda a 100 kilómetros por hora, por lo que, si Dios existe, llegaremos a Laredo hacia las diez de la mañana. El examen de la carga viral no requiere de un estómago en ayunas, por lo que nos detenemos a almorzar machaca. Paco manejará de ida y yo de regreso, porque Ignacio, el dueño del coche y el mayor de todos, tiene demasiadas molestias en el cuerpo debido a la terapia con hidrocortisona.

No vamos a la fayuca, tampoco a traficar con coca, mucho menos a internarnos como ilegales. Somos tres de los miles de infectados por el VIH, somos sólo tres sobrevivientes de la cacería global, que asola y mata en medio del silencio complaciente de gobiernos y jerarquías. Somos tres cuyas vidas dependen ahora de una esperanza cara y peregrina: los inhibidores de proteasa. El Crixiván, para ser precisos.

A través de clichés sazonados con humor negro e implacable los viajantes coincidimos en no confiar demasiado en estos nuevos compuestos moleculares que (piensa mal y acertarás), más que nada son como una moda entre los infectólogos. A través de los años hemos estado implicados en celebraciones anticipadas sobre la falsa vacuna, el inútil medicamento, el charlatán sin escrúpulos. Guardamos una distancia madura y quizás peligrosa sobre lo que nuestro entusiasmo médico nos urgió a tomar. Sin embargo, algo subyace en el fondo de nuestra aceptación a gastarnos en esta nueva y elitista terapia: el desafío de estar en la primera fila de lo que ocurra o pueda ocurrir. Me siento como pasto seco en el que prende fácil la despiadada esperanza.

—Y Zedillo volvió a olvidar la palabra sida en el informe, ¿verdad?— pregunta Ignacio.

—¿No ha habido presidentes mexicanos locas?— pregunto yo.

—¡Ni para eso tienen gracia!— tercia el del volante.

El paisaje reseco y duro obliga a pensar sobre la clase de realidad que me acontece. A todo se adapta uno, incluso a que entre los tres que viajamos a la frontera se nos hayan muerto casi cien amigos en los últimos cinco años. La experiencia pavorosa de saberse a merced de un asesino se diluye bajo el cálido aliento que surge en algún sitio de lo que de manera simple llamaré fraternidad. Que quizás no sea más que una indescriptible y antigua complicidad entre especímenes que comparten un fatal destino común. Cuando reparamos en el hecho de llevar dos horas hablando de los hermosos jóvenes del pasado que nos amaron y que por nada queremos sepultar, Laredo viene hacia nosotros y nos regresa a un país sitiado por el ejército, el miedo y la miseria.

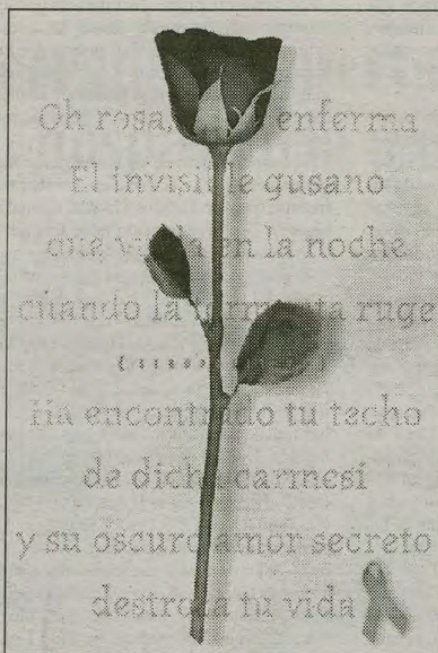
Del otro lado, en el Mercy Hospital, nos atienden afablemente, pero con un cariño que no acepta moneda mexicana. En el *mall* nos compramos discos, tenis y pollo Church.

Hasta hoy seguimos en espera de unos resultados que no significan nada en comparación con el intenso color azul del cielo regiomontano ●

El desastre más cercano

CARLOS BONFIL

Un resfriado que no termina nunca, una tos persistente —irritante para los demás, angustiante para quien la padece—, un rostro demacrado, vencido, lacerado por el invierno neoyorquino. Es el rostro de Rose (Linda Hamilton), madre de un niño de ocho años (Noah Fleiss). El marido de Rose murió dos años atrás, y aunque no se mencionan las causas, sí se habla del antecedente de una transfusión sanguínea. Rose se enfrenta hoy a un diagnóstico positivo al virus de inmunodeficiencia humana (VIH).



Ramón León R. / Roberto Pardi L.

Las primeras imágenes de la película *Oración de una madre* (*A mother's prayer* —disponible en video, Blockbuster), de Larry Elikann, son ásperas, inhóspitas. Rose recorre exasperada los pasillos de la clínica donde con frialdad y desenfado se le confirma el veredicto implacable. En la oficina se le asedia con preguntas sobre su (ya inocultable) deterioro físico. En casa, su hijo ve por televisión un programa sobre la "epidemia del siglo", y pregunta sin malicia: "¿Mamá, conocemos nosotros a alguien con sida?"

Aunque el título de la cinta sugiera un melodrama familiar como los que con regularidad recicla Hollywood —una catarsis en lloriqueo, con Shirley Mc Laine o Harrison Ford en situación de enfermos terminales—, *Oración de una madre*, película basada en un hecho real, sorprende por la manera sobria, en ocasiones brutal, con la que el director afronta el tema del sida. Se maneja alguna fórmula narrativa convencional, como la antipatía de una enfermera negra que paulatinamente se transforma en solidaridad abierta, y resulta difícil entender la paciencia increíble con la que una pareja de ancianos deseosos de adoptar al futuro huérfano soporta los arranques temperamentales de Rose, angustiada por la separación inminente y total.

Pero es precisamente la complejidad del personaje, su rudeza aparente, y la férrea complicidad afectiva que construye con su hijo, lo que marca las distancias entre esta cinta y los melodramas tradicionales de edificación moral. Aquí las inquietudes son otras. La solidaridad entre seres marginados, por ejemplo; entre una madre desempleada y el coordinador de un albergue gay para gente con VIH/sida (el cantante negro RuPaul). Algo similar sucede en una película alemana reciente, *Nadie me quiere*, de Doris Dörrie, sólo que en ella el joven negro homosexual es el enfermo atendido y amado por una vecina. Rose tiene también la solidaridad de una compañera de trabajo y de mucha gente cuando hace pública su enfermedad y su deseo de hacer adoptar a su hijo. En cierta forma, el panorama es optimista, ideal, sin demasiadas nubes de opresión social y discriminación abierta. Un retrato un tanto inverosímil que la actuación vigorosa de Linda Hamilton (heroína de *Terminator*, Cameron, 84) consigue volver profundamente emotivo. La relación madre e hijo se transforma silenciosamente en una educación sentimental nueva: la de un niño inteligente y amoroso que madura con las lecciones humanistas del desastre más cercano ●

Pasajero de Medianoche

Con guantes y escafandras hacemos el amor, cantan los actores de la obra *Pasajero de Medianoche*, comedia musical sobre el sida, de Leonor Azcárate. En un estudio de televisión, el ajetreo, minutos antes de comenzar el programa, es caótico. La conductora, atractiva mujer madura a los "dos minutos para los cuarenta" años de edad, estelarizada por María Clara Zurita, apura a su ayudante, (Gina Arellano), en los últimos toques de su arreglo personal. Cuando el *floor manager* (Edgar Muñiz), termina el conteo regresivo, 4,3,2..., el programa sobre sida da comienzo.

Subir a escena un tema complejo y estigmatizado, dar información precisa y, al mismo tiempo, ofrecer diversión y entretenimiento, no es tarea fácil. Por eso, la propuesta de la autora y directora de la obra es un acierto. En un programa de televisión sobre sexualidad y sida, conducido por Beatriz, personaje principal, entre números musicales y la opinión de especialistas invitados, nos enteramos de las formas de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana o VIH, de la manera como afecta al sistema inmunológico, de las llamadas enfermedades oportunistas, del número de personas afectadas y fallecidas, de las medidas de prevención y de los últimos adelantos en la investigación científica. Las letras de las canciones y las coreografías ilustran jocosamente y hacen mofa de los temores infundados, las falsedades y los prejuicios en torno a este padecimiento (los contagios por piquetes de mosquitos, enfermedad de homosexuales, castigo divino, etcétera).

Toda esta información se despliega mientras se desarrolla la trama de la obra. Los problemas que enfrenta Beatriz, la protagonista —un jefe, ex amante, que la asedia sexualmente; el *rating* del programa a la baja; las protestas de su cuerpo de bailarines por las malas condiciones de trabajo; etcétera— obstaculizan la comunicación con su hijo Daniel, de 20 años, estelarizado por Raúl Greco, quien debería ser el primer destinatario de la información que ella proporciona diariamente en su programa. Así, el drama principal de *Pasajero de Medianoche* es una paradoja: el hijo de la conductora de un programa sobre sida resulta portador del virus que lo causa.

No es la primera vez que en teatro se aborda al sida como comedia o drama musical. De hecho la tendencia actual, tanto en teatro como cine, es valerse del humor para contrarrestar el estigma y el terror asociados con el sida. Y no sólo las obras con pretensiones didácticas, como *Pasajero de Medianoche*, recurren a él; otras, como *Jeffrey* de Paul Rudnick, guionista de *Los locos Adams*, o la cinta *Zero Patience* de John Greyson, también lo hacen.



María Clara Zurita y Carlos Aguila protagonistas de la obra. (Foto: Víctor Mendiola)

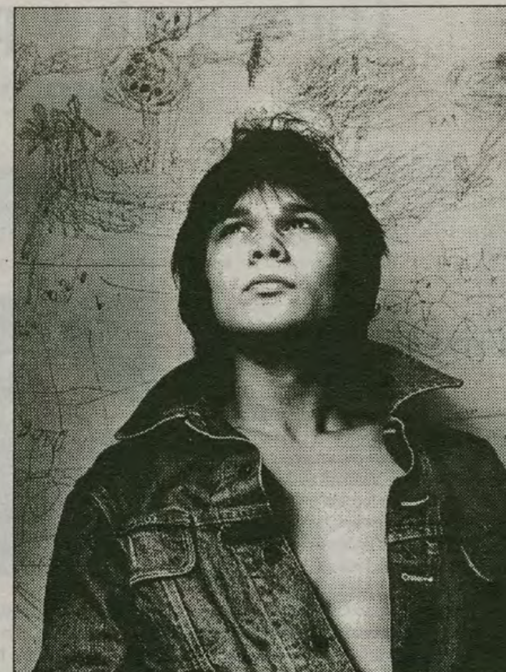
El humor, la gracia de las caracterizaciones, la claridad de la información (muy actualizada por cierto, incluye hasta lo que se dio a conocer en la XI Conferencia Internacional sobre Sida en Vancouver el pasado mes de julio), y la frescura con que se aborda el tema, hacen de *Pasajero de Medianoche* una obra muy recomendable, sobre todo para las y los jóvenes adolescentes. Las funciones son todos los lunes a las 20:30 horas en el Teatro Julio Prieto. (**A.B.**) ●

Educación sexual en las escuelas, efectiva medida de prevención: OMS

ALEJANDRO BRITO

Uno de los principales obstáculos que enfrentan los mensajes preventivos contra el sida es la creencia infundada según la cual la educación sexual y, sobre todo, la información acerca de los métodos para evitar embarazos, incitaría a jóvenes y adolescentes a ejercitar una mayor y más temprana actividad sexual. Diversos estudios realizados en diferentes países de Europa, Asia y América —México incluido—, revelan la falsedad de esa creencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó, en 1993, la evaluación de 35 investigaciones sobre el tema, y encontró que "no hay evidencias de que la educación sexual en las escuelas induzca a la gente joven a incrementar o adelantar su actividad sexual". Algunos de los estudios evaluados demostraron incluso que este tipo de instrucción puede llevar a diferir el inicio de dicha actividad y a disminuir el número de encuentros sexuales entre las y los jóvenes. Con respecto al sida, diez de las investigaciones analizadas por la OMS reportaron incrementos significativos en la adopción de prácticas seguras entre jóvenes sexualmente activos.





Jan Saudek

Los resultados de todas estas investigaciones sobre el comportamiento sexual juvenil son de suma importancia si se toma en cuenta que, según estimaciones del Programa Global sobre Sida de la OMS, al menos la mitad de todas las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ocurren entre jóvenes de 15 a 24 años de edad. Las infecciones en este sector de la población se sitúan a la cabeza de esta pandemia. Y a ello contribuye poderosamente la oposición a la labor preventiva en las escuelas. Así lo confirmó, en la Conferencia Internacional sobre Sida en Berlín (1993), el director ejecutivo del Programa Global sobre Sida de la OMS, doctor Michael Merson: "La creencia de que la educación sobre el sexo podría promover la actividad sexual en la gente joven es una poderosa barrera a la introducción de campañas preventivas del VIH para los jóvenes. Todas las evidencias a la vista sugieren exactamente lo contrario. De hecho, creemos que dar información sobre sexualidad y la necesidad de las prácticas seguras a niños y jóvenes, los ayuda a protegerse a sí mismos de la infección por VIH."

Los falsos dilemas de la derecha

Investigaciones sobre la sexualidad adolescente, como las evaluadas por la OMS, ayudan enormemente al convencimiento de las autoridades educativas sobre la importancia de incluir la información preventiva contra el sida en sus planes y programas de educación sexual. En México, este convencimiento, un tanto tardío (octubre de 1995), llevó a la firma de un convenio de colaboración entre la Secretaría de Salud (Ssa), a través del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida), y la Secretaría de Educación Pública (SEP), en donde ambas instituciones se comprometen a realizar esfuerzos conjuntos para controlar la epidemia. Sin embargo, justo es informar que el Conasida realiza desde 1990 una labor capacitadora entre los maestros a través del programa "Prevención del sida en el magisterio". Dentro de ese programa, en 1993 el Consejo realizó una prueba piloto con 397 padres de familias, cuyos hijos e hijas asistían a escuelas secundarias oficiales. Los resultados son elocuentes: 81 por ciento de los padres estuvieron totalmente de acuerdo en que las escuelas asuman parte de la responsabilidad de brindar a sus hijos e hijas educación sexual, en donde se incluya información sobre el sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). El 19 por ciento restante, lejos de estar en total desacuerdo, delegó completamente dicha responsabilidad al sistema educativo. El dato es importante porque desmiente frontalmente a los sectores minoritarios de paterfamilias, como el membrete Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF), que pretenden atribuirse la representación general en su cruzada contra la instrucción sexual de los libros de texto.

Recientemente, esa agrupación, junto con el gobierno panista de Guanajuato, con Vicente Fox a la cabeza, y los obispos más beligerantes del país, iniciaron una nueva ofensiva contra el carácter laico de la educación. Sin embargo, en el terreno de la educación sexual y ante la contundencia apabullante de la realidad (las encuestas disponibles, la del Consejo Nacional de Población —Conapo— por ejemplo, sobre los medios por los que las y los jóvenes obtienen información sexual, sitúan en primer lugar a libros, revistas y folletos; en segundo, a los profesores; y en el cuarto lugar, después de los amigos, a los padres de familia) han cedido en algo. Ya no se atreven a cuestionar a la instrucción sexual como un asunto de interés público, sino que ahora, en franca provocación y desafío a la autoridad responsable, lanzan y difunden sus propios textos, que ellos llaman eufemísticamente "alternativos", sobre orientación sexual. En sus contenidos no sólo promueven abiertamente la religión católica, sino que desinforman y distorsionan la enseñanza de la sexualidad. En uno de los textos del Diplomado de Orientación Familiar para Maestros, auspiciado por las autoridades educativas del gobierno panista de Guanajuato, se lee: "La actividad sexual es una necesidad vital secundaria para el individuo, de tal manera que se puede prescindir de la relaciones sexuales temporal, indefinidamente. Sin embargo, la actividad sexual es una necesidad vital primaria para la especie humana, ya que de esta manera se asegura su conservación (...) Buscar el placer como fin en sí mismo rompe el equilibrio antropológico y puede traer graves consecuencias para la salud." A los cuestionamientos que se sucedieron luego de darse a conocer esos textos, el gobernador Vicente Fox respondió, en tono desafiante, que eso era sólo el principio.



Arthur Tress

Para los esfuerzos preventivos que desde diversas esferas, gubernamentales y no gubernamentales, se llevan a cabo para controlar la epidemia del sida, estos textos resultan un retroceso y significan una amenaza por su intención saboteadora. En los libros que difunde la Unión de Padres antes mencionada, con el título *Eduquémonos para el amor, desarrollo humano y sexualidad*, según el representante de esa organización en Jalisco, Armando Fernández, se promueve la abstención como medida para prevenir las ETS (*La Jornada*, septiembre 14). Y la promueven sin contar con el apoyo de alguna investigación seria que sustente la eficacia preventiva de esa medida —porque les basta el acatamiento puntual de la doctrina—. Afortunadamente, existen estudios fiables que sitúan a la abstinencia sexual en su verdadero valor preventivo. En el estudio ya señalado de la OMS, se concluye que "los programas escolares que promovieron tanto el posponer el inicio de la actividad sexual como el sexo protegido para los sexualmente activos, fueron mucho más efectivos que aquellos que sólo promovieron la abstinencia". Pero suponerles a los voceros de la UNPF, y a sus aliados panistas, algún interés verdadero en el control de un problema de salud pública es concederles demasiado. En realidad, sus intenciones apuntan a otra dirección, y el señor Fernández, vocero jaliciense de ese grupo, no tiene ningún empacho en manifestarlo: el fin es "contrarrestar las campañas sanitarias que promueven el libertinaje sexual" (*La Jornada*, septiembre 14). De nuevo, la necedad como argumento: la información objetiva incita a la lujuria.

Por fortuna, a estas barreras ideológicas, que distorsionan el objetivo de las campañas preventivas y de la instrucción sexual, las desmantelan estudios como los analizados por la OMS. Y como concluye Conasida en información proporcionada a este Suplemento: "el gran avance radica en que si bien los padres de familia en su mayoría no pueden abordar el tema (de la sexualidad y del sida) en el hogar, no sólo lo están permitiendo a través del sistema educativo, sino que lo están solicitando" ●

Prevención de la toxoplasmosis y precauciones específicas que deben tomar los seropositivos para evitar contraerla. Descripción del padecimiento y actualización de las terapias. Las formas de contraer esta enfermedad no son siempre las que muchos pacientes imaginan.

Tratamiento y prevención de la toxoplasmosis en el paciente con sida

SANDRA TREVIÑO

La toxoplasmosis del sistema nervioso central es una enfermedad frecuente en los pacientes con sida[1], es la causa más común de masa ocupativa a nivel cerebral y también la causa más común de crisis convulsivas. La tasa varía de 10 a 40 por ciento pero puede disminuirse esta frecuencia con la implementación de medidas preventivas en general y con medicamentos destinados a la profilaxis[2]. Aunque en la mayoría de los casos la toxoplasmosis cerebral es debida a la reactivación de una infección previa, es indispensable conocer el ciclo vital del microorganismo causal de esta enfermedad para poder llevar a cabo adecuadamente la profilaxis.

El microorganismo causal de la toxoplasmosis es un parásito cuyo nombre científico es *Toxoplasma gondii* y fue descubierto en 1908 por los científicos Nicolle y Manceux en un roedor africano que se llamaba gondi[3]. Este parásito adquiere tres formas durante su ciclo vital. Trofozoíto o forma infectante, quiste y ooquiste. El ciclo vital inicia cuando un gato ingiere quistes que existan en la carne de otros animales, el quiste se rompe por la acción de los jugos gástricos y se liberan los trofozoítos que contenga éste en su interior, posteriormente, en el intestino del gato infectado los trofozoítos maduran y se fecundan transformándose en los ooquistes que se excretan con la materia fecal, un animal infectado puede excretar hasta 10 millones diarios de ooquistes hasta por periodos de 20 días. El ooquiste puede entonces ser ingerido por animales como cerdos, vacas, conejos, borregos, etcétera. Y llegar al intestino del hombre al comer carne o vísceras crudas de un animal infectado o bien puede adquirir la infección en forma directa por la ingestión de ooquistes al manipular la materia fecal de un gato infectado, también puede adquirirse por ingerir vegetales o frutas contaminados con heces de gatos con toxoplasmosis. Una vez en el intestino del humano el ooquiste nuevamente se rompe y los trofozoítos se liberan penetrando a la circulación y se instalan en los tejidos de la persona infectada como en los nódulos linfáticos, los músculos, el corazón, la retina y el cerebro; en todos estos sitios pueden ocasionar infección aguda o permanecer latentes en estado de quiste hasta que una condición que provoque alteración del sistema inmunológico permite que el quiste libere los trofozoítos y ocurre entonces una reinfección[4].



Virginia Mason

Signos clínicos en el ser humano

En el paciente con sida la manifestación clínica más común de la toxoplasmosis es la afectación del tejido cerebral pero puede haber también compromiso de pulmones, retina y páncreas en un porcentaje bajo. La toxoplasmosis cerebral es frecuente en pacientes que tienen inmunosupresión grave, en 80 por ciento de los casos las cuentas de linfocitos CD_4 son menores a 100 células/mm^3. Las lesiones cerebrales son múltiples y por ello los síntomas son muy variados aunque los más frecuentes son dolor de cabeza, cambios en la personalidad, convulsiones y debilidad de la mitad del cuerpo o disminución de la sensibilidad. Los estudios más usados para el diagnóstico son el examen del líquido cefalorraquídeo así como la tomografía computarizada de cráneo y la imagen por resonancia magnética, en éstos se busca visualizar el número y características de las lesiones producidas por el toxoplasma pues dependiendo de la localización de éstas y el grado de afectación del tejido cerebral se puede predecir aproximadamente el grado de recuperación que puede tener un paciente. Existen sin embargo, otras enfermedades que pueden ocasionar los mismos síntomas que la toxoplasmosis cerebral e incluso provocar lesiones muy similares al observarse en la tomografía de cráneo y en la resonancia magnética como son el linfoma de sistema nervioso central y la leucoencefalopatía multifocal progresiva, en éstos casos el diagnóstico de certeza se hace por medio de biopsia cerebral.

Tipos de anticuerpos

Otro estudio de laboratorio útil es la medición de anticuerpos para toxoplasma, la infección es tan común en México que el encontrar anticuerpos negativos descarta que el paciente tenga la enfermedad; en cambio, si se encuentran positivos debe definirse si son anticuerpos del tipo de la IgM (pues señalan infección aguda) o son anticuerpos del tipo de la IgG (pues son anticuerpos de memoria). Si se detectan anticuerpos IgM es muy probable que se trate realmente de toxoplasmosis activa mientras que si de detectan solamente anticuerpos IgG no puede apoyarse por completo el diagnóstico de infección activa ni descartarse la presencia de linfoma o leucoencefalopatía. Una medida muy útil en el caso anterior es la respuesta al tratamiento, pues únicamente el paciente que presenta toxoplasmosis tendrá una evolución hacia la mejoría, ésto ocurre dentro de las dos primeras semanas de tratamiento, y se observa también disminución de las lesiones en la tomografía y en la resonancia magnética a las tres semanas de tratamiento, lo que evidentemente no ocurrirá en las otras enfermedades.

El tratamiento se realiza son pirimetamina y clindamicina así como con ácido folínico para prevenir la presencia de anemia que puede llegar a ocasionar la pirimetamina, otro medicamento útil es el trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX) y otros medicamentos que se pueden emplear son la atovaquona, la azitromicina y la claritromicina. Después del cuadro agudo el paciente debe tener profilaxis secundaria de por vida, a pesar de lo cual las recaídas se presentan de 20 a 30 por ciento de los casos[5], esta profilaxis se realiza con pirimetamina y ácido folínico ya sea combinadas con sulfadiazina o TMP/SMX o con clindamicina por vía oral.

Precauciones (mitos y realidades)

Con respecto a la profilaxis primaria (antes de que ocurra la enfermedad) para el paciente con sida esta incluye medidas generales[6] como evitar ingerir carne cruda o mal cocida particularmente la de puerco, cordero o venado, idealmente la carne debe cocinarse a una temperatura interna de 300 grados centígrados. El paciente debe lavarse las manos después de manejar carne cruda o de efectuar actividades de jardinería y lavar también las frutas y vegetales. Si el paciente tiene un gato es conveniente cambiar diariamente la caja de arena, de preferencia por una persona seronegativa y que no esté embarazada, debe evitarse que el gato salga con frecuencia a la calle y que tenga contacto con gatos callejeros y debe evitarse también adoptar a estos últimos. El gato debe alimentarse de preferencia con comida prefabricada o con carne bien cocida. Si se siguen éstas medidas no es necesario deshacerse del gato ni hacerle pruebas para investigar si el animal es portador del toxoplasma. La profilaxis primaria con medicamentos es necesaria en aquellos pacientes que tengan menos de 100 células CD_4/mm^3 y el medicamento de elección para ello es el TMP/SMZ ya que además es efectivo en la profilaxis contra *Pneumocystis carinii* (microorganismo que provoca neumonía), otro medicamento efectivo es la dapsona combinada con pirimetamina. La profilaxis primaria con azitromicina, claritromicina, atovaquona, dapsona o pirimetamina solas no se recomienda. La pentamidina en aerosol que algunos pacientes utilizan para la prevención de *Pneumocystis carinii* no tiene efecto en la prevención de la toxoplasmosis.

En conclusión, la toxoplasmosis es una enfermedad frecuente y grave en el paciente con sida que sin embargo puede ser prevenida con medicamentos accesibles y medidas sencillas ●

Médico internista adjunto a la clínica de sida del servicio de medicina del Hospital General Gabriel Mancera.

1 Dannemann B., *et al.* 1992. Treatment of toxoplasmic encephalitis in patients with AIDS. *Ann. Intern. Med.* **116**(1):33-43
2 Gallant J.E., Moore R.D., Charisson R.E. 1994. Prophylaxis for opportunistic infections in patients with HIV infection. *Ann. Intern. Med.* **120**:932-944.
3 Tay, Lara, Velasco, Gutiérrez. 1984. Toxoplasmosis. *En*: Méndez-Cervantes F. *Parasitología médica*. México, pp.169-186.
4 Murray H.W. 1991. Toxoplasmosis. *En*: *Principles of Internal Medicine*. McGraw Hill. E.U.A., pp.795-799.
5 Lane H.C., *et al.* 1994. Recent advances in the managment of AIDS-related opportunistic infections. *Ann. Intern. Med.* **120**:945-955.
6 Centers for Disease Control and Prevention. USPHS/IDSA. 1995. Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Inmunodeficiency Virus: A Summary. *MMWR*. **44**(RR-8):6-8.

Con más de diez años de experiencia en la atención de pacientes con sida, la doctora Patricia Volkow, especialista en medicina interna e infectología, propone la creación de clínicas especializadas en VIH/sida para mejorar la calidad de la atención médica.

Nuevas terapias, viejos modelos de atención

PATRICIA VOLKOW

Los quince años de la epidemia de VIH/sida han dado un cúmulo de conocimientos sobre epidemiología, fisiopatogénesis, biología molecular, farmacología, inmunología, virología y microbiología impensable, en un periodo tan corto, antes de este fenómeno. Los estudios para evaluar la eficacia de nuevos medicamentos se han ido sofisticando de tal manera que inicialmente se buscó aumentar la sobrevida del paciente medida en meses; posteriormente, las variaciones en las cuentas de CD_4, hasta llegar, en la actualidad, a medidas mucho más finas como la carga viral.

Todos estos conocimientos han llevado a los médicos, en muchas ocasiones, a replantearse el manejo de los pacientes; a entender que lo que ayer era cierto, hoy ya no lo sea. El esquema inicial de atención médica para los pacientes con VIH/sida estuvo basado en los tres niveles de atención; en mucho por el problema que representó la creciente demanda de atención a los ya sobresaturados servicios de salud en la mayoría de los países. Este planteamiento, basado en el nivel primario para los pacientes asintomáticos y el secundario y terciario para pacientes con datos de progresión o enfermedad avanzada respectivamente, requiere ser reconsiderado a la luz del conocimiento actual. Hoy sabemos que el periodo llamado asintomático (por no tener síntomas o quejas por parte del paciente) no es una etapa latente o dormida del virus, como se pensaba antes. La infección por el VIH es, desde el momento que ingresa al organismo, un proceso dinámico en el que el virus se multiplica constantemente. Conforme la carga viral aumenta, el sistema nervioso se va deteriorando, no sólo cuantitativamente (número de células) sino cualitativamente (disregulación del sistema inmune, v.g. incapacidad para producir anticuerpos específicos contra cualquier agente patógeno).



Imogen Cunningham

Ventajas de una terapia precoz

No hay periodos de tregua en la infección por VIH. La frase acuñada por el doctor David Ho: "Early and hard" —que en español significa rápido y duro—, se refiere a una idea totalmente revolucionaria en el manejo de la infección por VIH. El propone tratar a los pacientes desde las primeras etapas de la infección, cuando la carga y la diversidad del virus es mucho menor y, por lo mismo, las posibilidades de disminuir eficazmente la carga viral parecen mayores. El mismo señala que es como el cáncer: en etapas tempranas es mucho más factible de controlar que cuando se ha diseminado por todo el cuerpo. Este planteamiento parece muy prometedor, sin embargo, aún no hay estudios los suficientemente prolongados para asegurar que realmente aumente la sobrevida y la calidad de vida del paciente, aunque, repito, nos ha dado una luz de esperanza en el control de la infección por VIH. Lamentablemente, este planteamiento crea a su vez otros problemas —que no son nuevos en el fenómeno del sida—, como el de la carga social y económica que representa tratar a los pacientes con medicamentos muy costosos por un tiempo prolongado.

Los nuevos medicamentos y los nuevos esquemas ofrecen resultados muy alentadores, por primera vez se vislumbra el control a largo plazo de la infección por el VIH. Estos resultados son sin duda un gran logro científico, pero inaccesible hasta el momento para la mayoría de los enfermos.

Esto último no debe desalentarnos en la lucha contra esta infección.Intervenciones poco costosas como la profilaxis con sulfametoxazol-trimetroprim, han dado buenos resultados y prolongado la vida de los pacientes. Además, la prevención a través de medicamentos y medidas higiénico-dietéticas tienen un papel importante en el manejo de los enfermos. Lo que sin duda nos ha enseñado la epidemia, y lo han demostrado estudios científicos, es que los pacientes, atendidos por médicos y equipo de atención experimentados en el manejo de pacientes con VIH/sida, tienen una mayor sobrevida y mejor calidad de vida. El análisis de costos también favorece el modelo de atención en clínicas especializadas. El ejemplo claro es el del paciente que inicia con una complicación infecciosa típica (neumonía por *Pneumocystis carinii*) y es visto por médicos inexpertos, que le prescriben medicamentos sin fundamentos. El enfermo se va deteriorando, hasta que por fin está lo suficientemente grave como para ser atendido en el tercer nivel, ahora sí, por médicos experimentados en el tema. Pero ya la gravedad del paciente hace que requiera internamiento en una unidad de terapia intensiva, con medicamentos intravenosos mucho más costosos. Un problema, que muy probablemente un médico experimentado hubiese resuelto desde el inicio con medicamentos por vía oral y de manera ambulatoria, termina requiriendo el tipo de atención médica más costosa, y que, además, en no pocas ocasiones le cuesta la vida al enfermo.

Ventajas de las clínicas especializadas en VIH/sida

La experiencia de estos últimos quince años nos señala la necesidad de crear clínicas especiales para la atención de pacientes con VIH/sida. Similar a lo que sucede con otros problemas crónicos de salud como las clínicas de atención al paciente diabético, las clínicas de cáncer de mama, las clínicas de tabaquismo y muchos otros ejemplos. Clínicas donde la experiencia de médicos y grupos paramédicos permitan ofrecer los mejores resultados a los pacientes. Estas clínicas requieren estar integradas en hospitales de segundo y tercer nivel ya existentes, y deben contar con médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y dietistas entrenados y comprometidos en la atención de este tipo de pacientes. Requieren, además, de una infraestructura mínima de laboratorio, rayos X y una farmacia con los medicamentos apropiados. Es posible que con este modelo de atención podamos ofrecer una mejor sobrevida a los pacientes, mantenerlos económica y socialmente activos por más tiempo. Los que trabajan podrán seguir produciendo para su sociedad y su familia por más tiempo; las mujeres infectadas y/o enfermas, seguir al frente de sus hijos; menos niños huérfanos; y menor número de hospitalizaciones por complicaciones. Como la experiencia que realató, en una reunión, una doctora pediatra del Hospital de La Raza, quien junto con una trabajadora social integra un equipo de trabajo multidisciplinario que les ha permitido, a través de la educación y un trabajo continuo, no haber tenido la necesidad de internar a ningún niño por diarrea en los últimos tres años. Esto es un gran logro que esperamos sepan valorar los administradores. El costo de tener trabajando permanentemente grupos multidisciplinarios es mucho menor que el costo de las complicaciones que se pueden prevenir a través del trabajo de estos equipos.

El VIH/sida es un problema del individuo, de la familia y de la sociedad, que exige una respuesta de todos, pues es muy poco lo que puede hacer el médico, solo en su consultorio. El compromiso para establecer nuevos y mejores modelos de atención de estos problemas, requiere también de la respuesta de la sociedad misma. Yo me he preguntado, ¿por qué si nuestra sociedad fue capaz de responder con tanta solidaridad a los desastres que representaron la erupción del Chichonal, los terremotos del 85, la explosión de San Juanico y el ciclón Gilberto, no ha respondido a la tragedia que representa el sida? Aquí no se requiere de recoger ropa ni alimentos, muchas veces lo que se necesita es mínimo: que alguien acompañe a algún paciente al hospital, o que cuide o recoja de la escuela a los hijos de una enferma que tiene que ir a una consulta. Se requiere mucho más de nosotros mismos que de otras cosas. Tenemos que entender que el problema, nos guste o no, es de todos. Que debemos empezar en la casa educando a los nuestros y salir a la calle a ayudar a los otros. Los modelos de atención médica podrán mejorarse, podrá haber más y mejores medicamentos y esquemas, pero el problema seguirá y el compromiso debe ser de todos, porque el VIH/sida está, y lamentablemente seguirá estando, en nuestra sociedad ●

Médico.

Para servirle a usted

Atención e información a pacientes y derechohabientes

Ofrecemos un directorio de las diferentes oficinas del Gobierno Federal, del Sistema Nacional de Salud, y del Departamento del Distrito Federal (DDF), responsables de proporcionar orientación e información al público usuario o derechohabiente de los servicios hospitalarios, así como de recibir sus quejas y sugerencias. Asimismo, encontrará un directorio de organizaciones civiles que proporcionan atención de primer nivel y atención domiciliaria en la ciudad de México.

Para que las instituciones y servicios de salud funcionen adecuada y eficazmente es necesario ejercer el derecho de la queja que nos otorga la Constitución Mexicana, las leyes y reglamentos del país y de las propias instituciones de salud y de seguridad social. Queremos convocarte a que te animes a poner tus quejas de una manera seria y responsable, documentando lo sucedido y dirigiéndote a las diferentes instancias que existen para ello. "Si no se queja, no se queje".

Atención federal

CNDH
Comisión Nacional de Derechos Humanos
Pdte. Lic. Jorge Madrazo Cuéllar
Periférico Sur N°3469
Col. San Jerónimo Lídice
10200, México, D.F.
Tels.: 681-7301. Las 24 hrs: 681-8125
Fax: 681-9348.
Quejas urgentes: 681-8490
Recibe quejas relativas a violación de derechos humanos realizadas por servidores públicos a nivel federal, es decir, dependientes de las Secretarías de Estado, IMSS, ISSSTE, PEMEX, entre otros; o de los Gobiernos Estatales principalmente en lo referente a procuración de justicia, reclusorios, psiquiátricos y en materia de salud sólo los relativos a sida, entre otros. La CNDH señala que la queja debe presentarse por escrito, indicando el nombre del o los funcionarios involucrados, los cargos, la ubicación exacta de la instancia y relatar lo sucedido con sus propias palabras. Solicita la CNDH no turnar copia a los funcionarios o dependencias sobre quien va la queja, a fin de facilitar la investigación de los hechos. La queja puede ser enviada incluso por fax en casos de emergencia o de distancia. En cada estado de la república existe una Comisión Estatal de Derechos Humanos que puede orientarte y asesorarte.

SACTEL: 604-1240
Servicio de Atención Telefónica a la Ciudadanía
Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo
Av. Insurgentes Sur N°1735
Col. Guadalupe Inn
01020, México, D.F.
Lunes a viernes de 9 a 21 hrs.
Reciben quejas telefónicas y por escrito sobre deficiencia en servicio o trámites, maltrato y/o comportamiento indebido de cualquier servidor público; sea del gobierno federal, estatal o municipal. Para realizar la queja telefónica o escrita se requiere el nombre del servidor público involucrado, puesto que ocupa y una descripción, con sus propias palabras, de lo sucedido.

Sistema Nacional de Salud

CNAM/SSA
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Mitla N°1250, Col. Vértiz-Narvarte
03020, México, D.F.
Tels.: 532-0872 · 532-0896
Fax: 532-0572
Recibe quejas relativas al servicio médico de los hospitales y servicios del Sistema Nacional de Salud. Se sugiere presentar queja por escrito indicando el servicio, deficiencia y en su caso al servidor o servidores públicos involucrados. Solo en el caso de las quejas sobre sida, éstas se continuarán recibiendo en la CNDH.

Conasida/SSA
Departamento de Orientación Social y Derechos Humanos
Calzada de Tlalpan N°4585
Col. Toriello Guerra, 14070, Tlalpan, D.F.
Tels.: 528-4084 · 528-4086 · 528-4637
Brinda asesoría, apoyo y gestoría en derechos humanos a personas con VIH/sida, familiares, parejas y amigos; información, capacitación y educación en derechos humanos y sida; e investigación-acción de la problemática social para contribuir al diseño de programas integrales. Si usted quiere recibir apoyo o colaborar acuda al Conasida, o llame a TELSIDA: 207-4077

IMSS
Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente
Atención Inmediata al Derechohabiente
Toledo N°10, Planta Baja, Col. Juárez
06600, México, D.F.
Tels.: 211-0018 · 211-1881
exts. 1930, 1931 y 1932
Recibe quejas escritas sobre el funcionario o personal que haya incurrido en maltrato, falta de servicio, y/o trámites que dificulten la atención expedita. Sugieren que la queja inicial se haga en la instancia de atención correspondiente y en cualquier estado de la república, esto es, Unidad de Medicina Familiar, Jefatura de Departamento Clínico, Subdirectores y Directores de Hospitales, Delegaciones y Subdelegaciones. En la experiencia de las personas con VIH/sida que han intentado quejarse en esta instancia, se sabe que el trámite es muy burocrático, lento y tardado, y que para una persona en estas circunstancias el tiempo es poco. Por ello se sugiere acompañar la queja al IMSS con copia al SACTEL, CNDH y al Conasida. Es necesario quejarse en esta primera instancia administrativa, antes de acudir a otras que tengan jurisdicción sobre el IMSS.

ISSSTE
Coordinación General de Atención a Derechohabientes
Insurgentes Sur N°716 piso 12
Col. del Valle, 03100, México, D.F.
Tels.: 682-0001 · 682-0065 · 682-0228 ext. 233
Recibe quejas por escrito de funcionarios, o personal que viole derechos humanos y/o el reglamento del Instituto. Sugiere realizar la queja en los módulos de atención que se encuentran ubicados en las Unidades Médicas y Hospitales, o en cada Delegación, y en cada entidad del país. El ISSSTE es la instancia que cuenta con mayor número de quejas ante la CNDH, por ello utilizar sus diferentes medios con que cuenta para la recepción de quejas, apoyaría la voluntad de este Instituto de mejorar el servicio. Se recomienda turnar copia de la queja a SACTEL, CNDH y al Conasida.

PEMEX
Gerencia de Servicios Médicos
Marina Nacional N°350 piso 2
Col. Huasteca. 11311, México, D.F.
Tels.: 254-2902 · 722-2500 ext. 20077
Señala que las quejas sobre servicio médico y afines se realizan en Previsión Social del Sindicato para personal agremiado y para personal de confianza en el corporativo administrativo, los cuales turnan la inconformidad a esta gerencia para su trámite o respuesta. Sin embargo, usted puede quejarse ante la CNDH directamente.

DDF
Dirección General de Servicios de Salud
LOCATEL: 658-1111
Recibe todas las quejas y sugerencias que deseen realizarse sobre los hospitales y servicios de salud dependientes del DDF.

Atención local

CDHDF
Comisión de Derechos Humanos del D.F.
Pdte. Dr. Luis de la Barreda Solórzano
Av. Chapultepec N°49 esq. Dr. Lucio
Col. Centro
06049 México, D.F.
Tel.: 229-5600
Recibe quejas relativas a funcionarios dependientes del DDF. Hace las mismas recomendaciones de la CNDH para poner una queja.

Comisiones Estatales de Derechos Humanos
En cada estado de la república existe una Comisión que recibirá tus quejas sobre servidores u oficinas dependientes del gobierno estatal, como es el caso del hospital civil y los Servicios Coordinados de Salud, o la Secretaría de Salud estatal. Para información sobre las Comisiones Estatales llamar a CNDH.
Tels.: 681-8125 · 681-7301

Líneas telefónicas de atención

TELSIDA
D.F.: 207-4077
En el país: 91-800-90-832
Lunes a viernes: 9-21 hrs.
Orientación en general sobre sida. Canalización a profesionales, instituciones públicas y privadas. Cuenta con una importante base de datos para referencia médica, clínica, psicológica y espiritual.
Servicio gratuito.

IMSS
Orientación y Apoyo Telefónico: 211-0245
Recibe quejas, proporciona ayuda y orientación a derechohabientes con problemas en trámites, maltrato y falta de atención médica y paramédica. Apoyo en caso de emergencia. Las 24 hrs.

ISSSTE
Teléfonos de Emergencia: 528-1373 · 528-1398
Apoyo en casos de emergencia a derechohabientes. Las 24 hrs.

SAPTEL
Cruz Roja Mexicana
Servicio de Apoyo Psicológico por Teléfono: 395-1111 ext. Saptel
Apoyo psicológico en caso de crisis emocional y de emergencia a cualquier persona. Canalización de casos a diversos apoyos.
Servicio gratuito.
Las 24 hrs, los 365 días del año.

Cáritas/Servicio telefónico de apoyo espiritual de la Arquidiócesis de México: 593-1146
Consejería espiritual a personas con VIH/sida, familiares y amigos. Canalización a una red de sacerdotes católicos que brindan atención espiritual a domicilio u hospital.
Servicio gratuito.

Agenda

Lunes de octubre
Teatro
Pasajero de Media Noche
Dirección: Leonor Azcárate
*Teatro Julio Prieto antes Xola
Xola y Nicolás San Juan
Funciones lunes 20:00 hrs.
Tel.: 639-2964
Funciones a solicitud de instituciones públicas o privadas.
Informes tel.: 540-1531

7 de octubre
Teatro
Tiempo para vivir
Obra enfocada a la problemática del VIH/sida
Debate al final de la función.
*Teatro Aldama
Rosas Moreno N°71, Col. San Rafael
Funciones: 17:00 y 20:00 hrs
Tel.: 546-1026

5 y 7 de octubre
Taller sobre cuidados en el hogar a personas que viven con sida
De 11:00 a 15:00 hrs.
*Pedro Romero de Terreros N°1353-4
Col. Narvarte
Informes e inscripciones
AMAC Tel.: 639-9165
Cupo limitado

Del 14 al 18 de octubre
Décima segunda semana de desarrollo humano
Centro de Orientación y Desarrollo Humano
Informes e inscripciones:
lunes a viernes de 9 a 14 y de 18 a 22 hrs.
Tel.: 397-1193

Del 23 al 25 de octubre
Expo Sexualidad
Ciclo de conferencias: "Hablemos de sexo"
Foros públicos.
*Unidad de Congresos
Centro Médico Nacional Siglo XXI
De las 12:00 a las 20:00 hrs.
Informes:
Guayaquil N°53, Col. Las Américas.
53040, Naucalpan, Edo. de Méx.
Tels.: 560-3135 • 560-3269
E-mail: exposex@mail.teesa.com
"Hablemos de Sexo" Internet
http://www.teesa.com:80/exposex

Del 27 al 31 de octubre
Primer festival anual de teatro y sida en México
Podrán participar obras de teatro cuya temática sea el VIH/sida. Habrá también ponencias, testimonios y exposición fotográfica relacionada con el tema.
*Centro Cultural Tecolote
Sullivan N°43, Col. San Rafael
Informes tel.: 597-8032

2 de noviembre
Tradicional celebración con altares a los muertos por sida
Tianguis informativo.
Grupo de danza ritual.
*Hemiciclo a Juárez. Alameda Central
A partir de las 10:00 hrs.
Informes tels.: 606-7216 • 666-6849

PROTOCOLO

Para mujeres con VIH

Recientemente se ha identificado la interacción del VIH y del VPH (virus del papiloma humano) en la producción de cáncer del cuello de la matriz. Por ello, se ha iniciado un estudio epidemiológico dirigido a mujeres que viven con VIH, mediante análisis de exudado vaginal.

Interesados favor de comunicarse a los teléfonos: 628-0440, 655-1055, 655-4777 ext. 262, con el doctor Gilberto Solorarza, doctora Patricia Volkow y doctora Sara Rubí.

O acudir directamente: Departamento de Infectología del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

San Francisco N°22, Tlalpan

PROTOCOLO

El Departamento de Infectología del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán está actualmente realizando un estudio para evaluar la eficacia de talidomida en el tratamiento de diarrea asociada a microsporidia y/o criptosporidia en pacientes infectados por VIH.

Los pacientes o médicos interesados favor de comunicarse al Departamento de Infectología al teléfono **655-9675**.

Dirigirse con: Dr. Juan Sierra, Nutrióloga Bertha Eichner, Dra. Dora Carranza, Dr. Francisco Quiñones.



IX CURSO DE CAPACITACION SOBRE SEXUALIDAD Y SIDA "DR. FRANCISCO ESTRADA VALLE"

El curso, con una duración de 200 hrs, divididas en 10 etapas, proporciona elementos teóricos, prácticos y vivenciales relacionados con la sexualidad y el fenómeno VIH/sida. Los cuales están divididos en las siguientes áreas: médico-biológica, sexológica, psicológica, socio-política y comunicacional.
DIRIGIDO A: Profesionistas y personal de salud; sector educativo; área social y humanística; y personas, parejas y familiares de personas que viven con VIH/sida.
INICIA: Noviembre 2, de 1996
INFORMES E INSCRIPCIONES: Monterrey N°8-302, Col. Roma. Tel./Fax: 208-5049